

”Opptrapping og samhandling”

Hva er status for det psykiske helsefeltet etter samhandlingsreformens tilblivelse? Et kommunalt lederperspektiv på utfordrende pasientgrupper og samhandling med fastleger og spesialisthelsetjenesten

Øyvind Haaseth



Masteroppgave

ved Det erfaringsbaserte masterstudiet

i helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,

Institutt for Helse og samfunn, Det Medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2014

”Opptrapping og samhandling”

Hva er status for det psykiske helsefeltet etter samhandlingsreformens tilblivelse? Et kommunalt lederperspektiv på utfordrende pasientgrupper og samhandling med fastleger og spesialisthelsetjenesten

Av

Øyvind Haaseth

Masteroppgave ved Det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon.

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2014

© Forfatter Øyvind Haaseth

År 2014

Tittel: Opptrapping og samhandling.

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Norsk teknologi.

Sammendrag

Bakgrunn

De viktigste historiske utviklingslinjene i nyere tid innen psykisk helsetjeneste begynner med forarbeidene og gjennomføringen av opptrappingsplanen for psykisk helse i perioden 1998 - 2006, og den påfølgende samhandlingsreformen (Helse- og sosialdepartementet, 2009). På tross av at reformen ble tillagt mye oppmerksomhet knyttet til kommunal medfinansiering innen somatisk sektor, ble den vurdert å ha stor relevans for det psykiske helsefeltet. Den epidemiologiske utvikling indikerte sykdomsvekst, og det var klare tjenesteutfordringer knyttet til pasienter med sammensatte psykiske tilstander og behov. Tidligere undersøkelser indikerte at både fastlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten hadde svakheter med praksisvariasjon og vansker med å sikre lik tilgang på tjenester. Det fremkom et tydelig mål om bedret samhandling og mer samordning for å få bedre flyt i behandlingsforløp. I lys av at kommunehelsetjenesten skulle utvikle en ny og mer offensiv rolle i forebygging, kurativ behandling av lette til moderate psykiske lidelser og oppfølging av alvorlig syke pasienter, var det et stort utviklingspotensiale for en ambisiøs reform. Med dette som utgangspunkt ville det være nyttig å undersøke om det psykiske helsefeltet er i en utviklingsprosess for å nå målene i samhandlingsreformen.

Metode

Oppgaven baserer seg på bruk av kvalitativ metode. Det er foretatt 6 semi-strukturerte intervjuer av kommunale ledere på nivå tre i kommuneorganisasjonen. Disse lederne har ansvaret for tjenester innen psykisk helse og rus. Tematikken omhandlet samhandling og samordning av pasienttjenester i lys av samhandlingsreformen. I tillegg er lover, forskrifter og offentlige dokumenter benyttet som en viktig datakilde.

Resultater

I analysen identifiseres fem forskjellige pasientgrupper. Dette er ”de alvorlig syke”, ”de unnvikende”, ”de rusavhengige”, ”de unge” og ”de lette”. Dette er uformelle og virksomme kategorier som fremkommer gjennom informantenes formidling og som går på tvers av diagnosesystem og andre formalia. De utfordrer tjenesten på ulike måter som temamessig

omhandler sammensatte og tidskrevende omsorgstjenester ("de alvorlig syke"), ustabilitet i forløp ("de unnvikende"), å identifisere psykisk ustabilitet og å komme i hjelpeposisjon ("de unge"), tilgang på rusbehandlingsplasser ("de rusavhengige") og ha tilstrekkelig behandlingstilbud ("de lette"), spesielt i større kommuner.

Informantene forteller om store variasjoner i fastlegetjenester. Variasjonen spenner fra isolert praksis og manglende samhandling med kommunehelsetjenesten til en godt integrert tjeneste. Overfor spesialisthelsetjenesten finnes tilsvarende variasjon hvor fastlegene som gruppe i varierende grad får gjennomslag for sine pasienthenvisninger og bruker spesialisthelsetjenesten riktig slik dette fremkommer i lov og føringer fra myndighetene. Oppsummert blir fastlegene typologisert i forhold til deres rolle og posisjon. Dette innebærer fire ulike posisjoner hvor fastlegen kan være isolert eller integrert i kommunehelsetjenesten, og enten marginalisert eller harmonisert i bruk av spesialisthelsetjeneste.

Fra informantenes "ståsted" fungerer også spesialisthelsetjenesten variabelt. De synes å innfri forventninger knyttet til veiledning og opplæring og til dels ambulante tjenester overfor "de alvorlig syke". Imidlertid avdekkes inkonsekvente og ensidige beslutningsprosesser i spesialisthelsetjenesten, og manglende samkommunikasjon internt som utfordrer tjenestens legitimitet overfor kommunehelsetjenesten. Den idealtypiske spesialisthelsetjenesten beskrives som en fortolkning av informantens "stemme" om en fremtidig ønsket tjeneste. Dette innebærer blant annet at tjenesten fremstår koordinert med "en stemme", arbeider tett og integrert med kommunehelsetjenesten om de mest krevende pasientene, og sikrer nødvendig kompetanseoverføring når kommunene har behov for dette.

Konklusjon

Det er grunn til å fastslå at den psykiske helsetjenesten fortsatt har åpenbare svakheter i organisering, koordinering og samhandlingspraksis. Det er fortsatt et stort "sprik" mellom ambisjoner og realiteter, mål og resultater når dagens tjenester vurderes opp mot samhandlingsreformen ambisjoner. Det synes å være en stor praksisvariasjon som utfordrer det bærende prisnipp i helsetjenesten om lik tilgang på tjenester av god kvalitet ut i fra individuelle behov. Variasjon synes betinget i både individuelle forhold og systemforhold som organisering og praksiskultur. Dette tiltross synes samhandlingsreformen å være forankret i den kommunale psykiske helsetjenesten, men at det vil være en langsiktig prosess å realisere reformens mål og intensjoner helt ut.

Forord

Denne masteroppgaven har vært et kvantesprang inn samhandlingsreformen og dens konsekvenser for praksis innen det psykiske helsefeltet. Det har vært et krevende arbeid som har gitt meg innsikt og en mer nyansert virkelighetsforståelse av hvordan myndighetens styringsstrategier har innvirket på lovverk, ledelse, organisering, økonomistyring, samhandlingsredskaper og profesjonell fagutøvelse i et komplekst samspill for å nå målene.

En viktig innsikt er at hvis en skal lykkes i å samhandle godt, må en utvikle et mentaliserende holdning hvor en blir i stand til å se seg selv utenfra, og kunne se den andre ut i fra eget ståsted. Dette innebærer både å ha et selv kritisk og ”diagnostisk” blikk på egen rolle, og kunne ta på seg ”andres briller” når en skal forstå andres beslutningsvalg. Det kan være et viktig fundament for bedre samhandlingspraksis.

Jeg vil rette en særskilt takk til min veileder Sverre Vigeland Lerum som har deltatt aktivt i prosessen, gitt konstruktive tilbakemeldinger og ”dratt meg” videre i perioder med motgang og kryssende prioriteringer mellom familie, arbeid og selvomsorg. En takk til Erna Mathiasdottir for nyttig og kritisk tekstgjennomgang i slutfasen.

Takk til både Helle og Heidi, mine nærmeste som har vært tålmodig med meg i denne skriveprosessen.

Takke vil jeg også over informantene som satte av tid til intervju og delte sine tanker og refleksjoner innenfor dette viktige feltet. Det de meddelte, gav meg en god inspirasjon til å fullføre denne masteroppgaven og utøve et enda bedre lederskap fra mitt ståsted innen spesialisthelsetjenesten.

Til sist en takk til min leder Wenche Brandtzæg som har vært en god tilrettelegger og inspirator for å få gjennomført både masterstudiet og denne masteroppgaven spesifikt.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	Tema for oppgaven	2
1.2	Begrepsavklaring og avgrensning av tema	3
2	NOEN ORGANISASJONSTEORETISKE BETRAKTNINGER RUNDT SAMHANDLING OG KOORDINERING	5
3	BAKGRUNN	9
3.1	Utviklingstrender epidemiologisk innen psykiske lidelser – grunn til bekymring?	10
3.2	Samhandlingsreformen - en "skreddersydd reform" for det psykiske helsefeltet?	12
3.3	Den nye kommunerollen – ambisiøs og altomfattende med store prioriteringsutfordringer?	14
3.4	Fastlegens rolle i en fragmentert helsetjeneste.	15
3.5	Distriktpsikiatriske sentre (DPS) og Spesialisthelsetjenesten – store forventninger og krevende omstillinger	18
3.6	Samhandling og koordinerte forløp – hvordan har vi innrettet oss?	19
3.7	Sammenfatning av bakgrunn	21
4	METODE	23
4.1	Utvalg av informanter	24
4.2	Gjennomføring av intervjuene	25
4.3	Analyse og presentasjon av data	25
4.4	Generaliserbarhet og relevans	26
4.5	Forskerens for forståelse	28
5	RESULTATER OG ANALYSE	29
5.1	De utfordrende pasientgruppene	29
5.1.1	"De alvorlig syke"	30
5.1.2	"De unnvikende"	32
5.1.3	"De unge"	35
5.1.4	"De rusavhengige"	37

5.1.5 "De lette"	39
5.1.6 Oppsummering av typisk utfordrende pasientgrupper	41
5.2 Fastlegenes rolle og posisjon	42
5.2.1 Idealer og forventninger til fastlegene	43
5.2.2 Fastlegene – en isolert eller integrert del av kommunehelsetjenesten?	44
5.2.3 Fastlegen – marginalisert overfor spesialisthelsetjenesten?	47
5.2.4 Ledernes kompenserende strategier for å motvirke fragmentering	49
5.2.5 Oppsummering – fire ulike fastlegeposisjoner	52
5.3 Spesialisthelsetjenestens rolle og posisjon	54
5.3.1 En samspillende utadrettet spesialisthelsetjeneste	55
5.3.2 Inkonsekvente og ensidige beslutningsprosesser i spesialisthelsetjenesten?	56
5.3.3 Snakker spesialisthelsetjenesten sammen?	61
5.3.4 Oppsummerende betraktninger	63
6. DISKUSJONEN	65
6.1. Koordinering, samhandlingsforståelse og organisatoriske tilpasninger	66
6.1.1 Koordinering gjennom gjensidig anerkjennelse og perspektivtagning	67
6.1.2 Koordinering gjennom organisatoriske tilpasninger	68
6.2 Hvem skal koordinere?	69
6.2.1 Fastlegens medisinske koordinerende rolle	70
6.2.2 Psykisk helsearbeider i fremskutt posisjon	71
6.3. Spesialisthelsetjenesten – faglig legitimitet under press?	72
7. KONKLUSJON	77
8. LITTERATURLISTE	81
9. VEDLEGG	87
9.1. Informasjonsskriv til informantene	87
9.2. Intervjuguide (med egne stikkord i kursiv)	89
9.3. Brev fra Norsk samfunnsfaglig datatjeneste	90

1 Innledning

Temaet for oppgaven er samhandlingsreformens betydning for det psykiske helsefeltet. Oppgaven setter søkelyset på betydningen av god og målrettet samhandling for å oppnå gode pasientforløp. Den omhandler ”samhandlings-triangelet” kommunal psykisk helsetjeneste, fastlegene og spesifikt psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Jeg vil prøve å belyse tema fra et kommunalt mellomlederperspektiv hvordan denne samhandlingen fungerer med utgangspunkt i de pasientgruppene psykisk helsetjeneste skal ivareta. Jeg gjennomførte 6 semi-strukturerte intervjuer med avdelings- og enhetsledere innenfor psykisk helsetjeneste på nivå 3 i kommunal organisasjon. Disse ble valgt ut i fra sin posisjon med ansvar og breddekompetanse innen realisering av helsepolitiske føringer.

Samhandlingsreformen hevdes å være svaret på mange av de utfordringene som det psykiske helsefeltet sliter med. Den er spenstig med store ambisjoner og et formidabelt ansvar for ledere og helsearbeidere som skal realisere reformen. Den skal bidra til mer folkehelsearbeid og forebygging, bedre kvalitet og helhet i pasienttilbud og sterkere kostnadskontroll i helsetjenesten. Reformen er også somatisk sidetung, noe debatten omkring den kommunale medfinansieringen for utskrivingsklare somatiske pasienter illustrerer. Den tilskriver også fastlegene en stor og sentral rolle med tanke på forebygging, kurativt arbeid, medisinsk koordinatorfunksjon og portvokterfunksjon knyttet til spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsreformen vektlegger helhetlige og koordinerte pasientforløp. I lys av at mange pasienter med psykiske lidelser og rus har sammensatte behandlingsbehov med samtidige behov for tiltak knyttet til bolig og økonomi, familie og nettverk, og arbeid/aktivitet, er samhandlingsreformens visjoner, mål og strategier av stor relevans for det psykiske helsefeltet. Samarbeid er imidlertid ikke noe ukjent for aktørene i det psykiske helsefeltet og ble ofte fremhevet i Opptappingsplanen for psykisk helse (Sosial og helsedepartementet, 1997-1998). Spørsmålet er om dette fungerer i praksis med de utfordrende pasientgruppene kommunene må forholde seg til, og hvordan triangelet kommunehelsetjeneste, fastlege og psykisk helsevern lykkes eller mislykkes i sine bestrebelser i å oppnå gode pasientforløp.

Samhandlingsreformen viser til en ønsket venstreforskyvning av grensesnittet mellom forebygging og behandling, og mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten. Det er forventninger til kommunehelsetjenesten og til dels legetjenesten om mer bredde og

kvalitet av tjenester, integrering av tjenester, og mindre og riktig bruk av spesialisthelsetjenester.

1.1 Tema for oppgaven

Jeg vil ut i fra funn i undersøkelsen prøve å belyse følgende tre temaer;

- Hvilke pasientgrupper representerer samhandlingsutfordringer i skjæringspunktet mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste fra et kommunalt mellomlederperspektiv?

I intervju med informantene fremkom at det finnes en uformell og implisitt gruppering av pasienter som jeg løftet frem i analysen og særlig det jeg kaller - ”de unnvikende” pasientene innebar store utfordringer. Denne gruppa skiller seg fra ”de alvorlig syke” som er de medisinsk sett dårligste og vanskeligste pasientene, men som for helsetjenesten som system ofte var lettere å håndtere enn ”de unnvikende”.

- I hvilken grad vurderer informantene fastlegene som en viktig medisinsk koordinator for pasientene?

Studien vil løfte frem hvordan fastlegene fremstod som en heterogen gruppe overfor kommunehelsetjenesten. Enkelte leger fremstod løsrevet og isolert, andre som integrerte samhandlingsaktører. Denne masteroppgaven setter søkelys på forskjellen mellom de ambisiøse idealene i samhandlingsreformen omkring fastlegenes koordineringsrolle og realitetene kommunale ledere forteller om. Det kan stilles spørsmål om fastlegene som gruppe oppfylle ambisjonene i reformen.

- Hvordan lykkes spesialisthelsetjenesten fra et kommunalt mellomlederperspektiv med å understøtte kommunal psykisk helsetjeneste og bidra til gode pasientforløp?

De kommunale mellomledernes perspektiv fra ”utsiden” forteller om en spesialisthelsetjeneste med svak samkommunikasjon internt i psykisk helsevern og en tilbakevendende risiko for å gjøre ensidige og svakt begrunnede beslutninger i pasientforløp. Informantene ønsker tettere og mer ambulant samarbeid.

Valg av problemstilling og temaområde er knyttet til egen erfaringskompetanse og for forståelse fra en posisjon i spesialisthelsetjenesten. Ved å intervju kommunale mellomledere og få deres perspektiv på disse samhandlingsutfordringene håper jeg dette vil tilføre meg og fagfeltet verdifull kunnskap om hvilke individ- og systemfaktorer som bidrar til gode eller dårlige pasientforløp, og til integrerte eller fragmenterte tjenester.

1.2 Begrepsavklaring og avgrensning av tema

Jeg kommer i stor grad til å beskrive hjelpemottagere som pasienter selv om ”bruker” er en mer vanlig benevnelse innen kommunal psykisk helsetjeneste. Lov om pasient og brukerrettigheter (2011) og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2012) bruker både pasient og bruker som benevnelse. Bruken av begrepet ”psykisk helsefelt” inkluderer både personer med psykisk lidelse og ruslidelse. Noen pasienter kan også ha samhørende eller ”doble” lidelser som blant annet ”ROP-lidelser” (rus og psykiatrisk lidelse).

Spesialisthelsetjenesten vil i denne oppgaven være synonymt med psykisk helsevern. Begge begrepene brukes i oppgaven og vil i hovedsak omhandle Distriktpsikiatrisk senter (DPS), rusavdelinger og akuttpsykiatrisk avdeling. Helseforetakene er her organisert noe forskjellig, men som oftest med en klinikk eller egen divisjon med underliggende avdelinger som DPS, Rus og akuttpsykiatrisk døgn institusjon. Dette er benevnt som en søyleorganisering med vertikalt adskilte avdelinger i en hierarkisk organisasjonsstruktur med felles direktør.

NAV er en viktig samhandlingsaktør for mange pasienter når det gjelder blant annet økonomi, arbeidsavklaring, arbeidsmessig rehabilitering og trygderettigheter. Uavklarte saker kan være av stor betydning for pasientens lidelse, prognose og livskvalitet. Av hensyn til denne oppgavens omfang har jeg valgt å ikke belyse deres rolle nærmere, men løfter fram samhandlingstriangelet fastlege, psykisk helsevern og kommunehelsetjeneste.

2 Noen organisasjonsteoretiske betraktninger rundt samhandling og koordinering

Jeg vil i dette avsnittet løfte frem noen organisasjonsteoretiske perspektiver og bakenforliggende premisser som kan belyse noen utfordringsområder i samhandlingsfeltet i psykisk helsetjeneste. Pasienter knyttet til psykisk lidelse har i stor grad sammensatte behov som fordrer tiltak fra flere aktører. Det psykiske helsefeltet har etter hvert blitt et komplekst organisatorisk område. Koordinering er en forutsetning for at flere helseaktører bidrar til en helhetlig tjeneste for pasienten. Koordineringsbehovet er større dess mer spesialiserte tjenestene er. Tjenestene er ofte komplekse og skiftende. I en ”funksjonsbasert” enhetsorganisering hvor oppgavene er spesialiserte som innen medisin, kan en utvikle spisskompetanse og stordriftsfordeler, men risikere koordineringsproblemer når tjenester skal ytes på tvers (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Risikoen er en fragmentert struktur hvor tjenestene er isolert og ikke helhetlig forankret. Det synes her å være et spenn fra spesialisert medisin på sykehusnivå til kommunale breddetjenester hvor forskjellig ideologi, kunnskap, arbeidsmetoder og språk i samhandling kan gi store utfordringer med hensyn til helhetlige koordinerte pasientforløp.

Koordinering kan ifølge Mintzberg (1979) skje gjennom direkte tilsyn, og standardisering av arbeidsoppgaver, kunnskap, resultatoppnåelsen og normer. Dersom oppgavekompleksiteten er stor, bør det etableres strukturelle tilpasninger som eksempelvis formelle team, rotasjon av personell, fysisk samlokalisering, informasjonsteknologiske nettverk og integratorposisjoner (prosjektleder, koordinatorfunksjon osv). Innenfor helsetjenesten kan en se tiltak med utgangspunkt i alle disse koordineringsmekanismene som eksempelvis Individuell plan-koordinator, Praksiskonsulentordningen med fastlege i spesialisthelsetjenesten, ACT team bekostet av både kommune- og spesialisthelsetjenesten i fellesskap, samlokalisering av fastlegekontorer og kommunal avdeling for psykiske helsetjenester, ulike typer samhandlingsprosjekter, rotasjon av kommunalt personell inn i spesialisthelsetjenesten med mer. ACT team kan være en ”markedsbasert” organisering fordi den formidler en totalitet av oppgaver og tjenester til en klart definert målgruppe. Men også her kan det oppstå

koordineringsproblemer ettersom det trolig vil være behov for tjenester som ligger utenfor enhetens egen (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

Innenfor det psykiske helsefeltet ser en klar fremvekst av psykologer som behandlergruppe på lik linje med legene og annet høyskoleutdannet personell (helse- og omsorgspersonell) hvor sistnevnte blir definert som ”bakkebyråkrater”. Det er ifølge Schønfelder (2008) bakkebyråkratene i kommuner og institusjoner som har mest kontakt med pasienter med sammensatte behov, sørger for kontinuitet i oppfølgingen, har ansvar for å sette i gang og opprettholde ansvarsgrupper, individuelle planer og andre kontaktfora for å koordinere tjenester. Han hevder at bakkebyråkratene må myndiggjøres i forhold til en innkallingsrett overfor andre på tvers av yrkesgrupper, linjenivå og tjenestetype slik at ansvarsgrupper og bruk av Individuell plan som organisatorisk instrument får en reell betydning i pasientforløp.

Schønfelder (2013) hevder at legenes bestrebelser på å posisjonere seg tydeligere etter Opptrappingsplanen, i sine analyser viser at legene som yrkesgruppe er dominant fremhevet i samhandlingsreformen samtidig som de er en ekstern samarbeidspart og ikke inkludert organisatorisk i tverrfaglig samarbeid. Dette erkjennes som en utfordring at viktige deler av kommunale helsetjenesten leveres av aktører som er utenfor kommunal organisasjon, som eksempelvis leger og avtalespesialister (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Han viser i sin doktoravhandling til at legenes naturlige rolle som koordinator av pasienttjenester ikke samsvarer med praksis og at deres tilstedeværelse i samhandling som eksempelvis ansvarsgrupper er mangelfull (Schønfelder, 2008). I denne masteroppgaven gjør jeg liknende funn.

Erichsen (2003) fremhever to viktige begreper i samhandlingsfeltet. Med utgangspunkt i en legefaglig kjerne bruker hun begrepet ”randsoner” om den fagkompetansen andre yrkesgrupper som sykepleie og psykologi har og bidrar med, og ”grenseflater” som berøringspunkt mellom organisatoriske enheter eller profesjoner som nødvendiggjør samarbeid og arbeidsdeling. Dess større grenseflater, dess større risiko for konflikter fordi arbeidsoppgaver, autoritetsfordeling og ansvar blir uklar. Det synes åpenbart at en innenfor psykisk helsetjenester har store grenseflater med overlappende tjenester og kompenserende aktiviteter når en aktør er lite synlig eller lite delaktig. Likeså kan en hevde ut i fra Schønfelders studier at det legefaglige arbeidet er kommet i en randsonen og det tverrfaglige helsearbeidet knyttes til flere kunnskapsposisjoner enn den rent medisinske, nå utgjør det kjernefaglige arbeidet innen psykiske helsetjeneste.

Samhandlingsreformen fokuseres på helhet og integrasjon i den forstand at *samhandlingsreformens mål er å understøtte pasientens behov for helhetlig helsetjenester* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005, s. 27). Helheten innebærer å se seg selv i en behandlingssammenheng, mellom ulike spesialiteter og mellom de ulike forvaltningsnivåene. Ifølge Hagen & Johnsen (2013) forventer samhandlingsreformen en type kollektiv rasjonalitet *hvor alle skal på en eller annen måte ta de andres valg i betraktning som forutsetning for egne valg, og så komme frem til en felles forståelse og en slags kollektiv handling* (s. 45). Dette innebærer at aktørene i helsetjenesten motiveres av felles helsefaglige og samfunnsmessige interesser, og ikke egeninteresser. Et godt pasientforløp krever bidrag av flere aktører for å nå et helhetlig godt resultat, og dette vil implisere utfordringer mellom individuelle og kollektive handlingsstrategier, og en sårbarhet for ubalansert involvering eller mangelfull deltagelse av aktør på bekostning av andre aktører. I praksis kan kommunehelsetjenesten følgelig være misfornøyd med spesialisthelsetjenesten og visa versa. Fastlegen får ikke støtte i spesialisthelsetjenesten til vanskelige pasientbehandlinger, mens kommunehelsetjenesten savner fastlegens medinvolvering i kommunale behandlingstiltak. Det sentrale ved samhandlingsreformen er ifølge Hagen & Johnsen (2013) at aktørene i helsetjenesten skal styre seg selv, men at de integrerer samhandlingsreformens problemforståelse i egen selvforståelse slik at de ser på seg selv som ansvarliggjort bidragsyter til helhetlige og koordinerte pasientforløp. I denne masteroppgaven stiller jeg spørsmål ved en slik samlet problemforståelse, realitetene ser ut til å være betraktelig mer fragmentert.

3 Bakgrunn

I denne bakgrunnsdelen av oppgaven vil jeg gjennomgå epidemiologiske trekk ved det psykiske helsefeltet, og kommune- og spesialisthelsetjenestens organisatoriske oppbygning. Dette er en nødvendig gjennomgang for å tydeliggjøre situasjonsbildet og de samhandlingsutfordringer informantene i studien står overfor.

Jeg har over to tiår som profesjonsutdannet psykolog både observert og delvis vært en del av en formidabel vekst innenfor det psykiske helsefeltet. Psykisk helse har fått høyere prioritet og større legitimitet i samfunnet, både i mediaoppmerksomhet rundt udekkede behov og i ressursprioriteringer. Utviklingen ble spesielt fremtredende på 90-tallet med politisk handlingskraft i form av Stortingsmelding 25 (Sosial- og helsedepartementet, 1996-1997) som var forløperen til Opptrappingsplanen for psykisk helse (Sosial- og helsedepartementet, 1997) i perioden 1998-2006. Det var inntil da en nokså allmenn oppfatning at feltet blant annet var preget av stigmatiserende kunnskapsløshet og et svakt utbygd psykisk helsetilbud.

Opptrappingsplanen tydeliggjorde at forbedringspotensialet var stort (Sosial- og helsedepartementet, 1996-1997) og at *hovedproblemet for mennesker med psykisk lidelse er at behandlingskjeden har brister i alle ledd* (s.16). Reformen som pågikk i perioden 1998-2008, var blant annet innrettet mot å styrke forebyggende tiltak innen skole- og helsestasjon for barn og unge, etablere flere omsorgsboliger, hjemmetjenester, dagsenter, brukerrettede tiltak, øke dekningsgrad innen barne- og ungdomspsykiatri og etablering av Distriktpsikiatriske sentre (DPS).

Opptrappingsplanen gav en tallmessig styrking av tjenestetilbud og fagpersonell, og medførte en betydelig vekst i behandlingsaktivitet. Evalueringsrapporten visste at brukerne var generelt fornøyd med behandlere og utbytte av behandling, men de var mindre tilfreds med informasjon og samarbeid mellom instanser og nivåer (Forskningsrådet, 2009). Et av hovedfunnene tilsa at det var *et betydelig stykke å gå for å innfri intensjonene om "god samhandling og flyt i behandlingskjeden"* (s.10). Innenfor psykisk helsevern knyttet til DPS avdekket både Riksrevisjonen (2008/2009) og Statens helsetilsyn (2010) store forskjeller i tjenestetilbudet, varierende tilgjengelighet og kvalitet av helsetilbud på individnivå, og mangelfull systematikk i pasientforløp og faglig ledelse. Det var derfor ingen kontra-indikasjoner eller motforestillinger til at også psykisk helse ble inkludert i

samhandlingsreformen, tvert i mot. Den fremhevet at *det blir flere eldre og flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander. Kols, diabetes, kreft og psykiske lidelser er sykdommer som er i sterk vekst, og utgjør samtidig grupper med store og dermed økende samhandlingsbehov* (Helse- og sosialdepartementet, 2009, s. 14). Med dette som bakgrunn er det viktig å se nærmere på utviklingstrender epidemiologisk innen psykiske lidelser ut i fra de grunnlagsdata vi har.

3.1 Utviklingstrender epidemiologisk innen psykiske lidelser – grunn til bekymring?

Angstlidelser, depressive lidelser og rusrelaterte lidelser, spesielt omfattende alkoholmisbruk og alkoholavhengighet, er de tre vanligste psykiske lidelser i befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2009). Det anslås at omtrent 50 % av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og omtrent en tredjedel i løpet av et år (incidens). Forekomsten er på nivå med andre vestlige land. Det oppsummeres med at det ikke foreligger sterke holdepunkter for verken økning eller reduksjon i forekomst av psykiske lidelser i befolkningen de siste tiårene (Folkehelseinstituttet, 2009).

Det er imidlertid en økning i antall uføre med psykiske lidelser og en stor økning blant unge uføre under 40 år. Denne alvorlige utviklingen understøttes av tallmaterialet som viser en økning av psykiske lidelser som årsak for sykmelding og uførhet på bekostning av andre somatiske tilstander (Folkehelseinstituttet, 2009; Helse- og sosialdepartementet, 2009). Underdiagnostisering er en utfordring og betydningen av underbehandling er alvorlig, sett i lys av at psykiske lidelser økte risikoen for arbeidsuførhet (Overland et al., 2007, Mykletun et al., 2006) og dødelighet (Mykletun et al., 2007 & 2009). Det er innen det psykiske helsefeltet utfordringer knyttet til å få mennesker med psykiske lidelser til å søke helsehjelp, og det er en utfordring å redusere underbehandling av syke og overbehandling av de friske.

Knyttet til depresjon pekes det imidlertid på nyere studier som viser en årlig prevalens på 7-8 % for alvorlige depressive episoder (Holte, 2011). Det antas at ca. 2 av 3 får tilbakevendende depressive episoder innen påfølgende tiårsperiode (Helsedirektoratet, 2009). De med kroniske

eller tilbakevendende depressive lidelser mister hvert 5. år i tapt livskvalitet og arbeidsfunksjon (Vos et al., 2004). Alvorlig depresjon er nå den største enkeltsykdommen som belaster økonomiene i Europa mest (Culpepper, 2001; Mathers et al., 2006). For hjerte- og karsykdommer er det ved samtidig depresjon påvist økt funksjonstap og dødelighet (Helsedirektoratet, 2009). Depresjon er forbundet med økt somatisk sykkelighet og svikt i etterlevelse av behandlings-, og rehabiliteringsopplegg. Arne Holte (2011) hevder at grunnen til at depresjonen samfunnsøkonomisk koster mer enn kreftsykdommer, hjerte-kar-sykdommer og alle trafikkulykker, er at *sykdommen rammer mange, ofte oppstår i ung alder, medfører lange sykefravær, ofte er tilbakevendende og gjerne leder til uføretrygding.*

Livstidsrisikoen for utvikling av schizofreni antas å ligge på rundt 1 % (Helsedirektoratet, 2013). Denne og tilsvarende psykosetilstander krever ofte livslang behandling og koordinerte tjenester fra kommune- og spesialisthelsetjeneste. Dette er en av de utfordrende pasientgruppene som fremtrer hos informantene i den forstand at det er tidkrevende arbeid.

Ressursbruken innenfor det psykiske helsevernet på spesialistnivå, er skjevt fordelt i den forstand at det er en mindre gruppe av pasienter (10 %) som bruker 79,5 % av ressursene i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2009). Disse bruker 94 % av oppholds døgnene i institusjon. Det karakteristiske diagnostiske sett for den ressurskrevende gruppen er pasienter med psykoselidelser (uavhengig av kjønn) og kvinner med personlighetsforstyrrelser. De er overrepresentert i forhold til den mindre ressurskrevende gruppen. Aldersmessig er de eldre over 80 år med organiske og nevrologiske lidelser overrepresentert og ressurskrevende. Pasienter med angstlidelser er mindre ressurskrevende i psykisk helsevern. Pasienter med depresjonstilstander utgjør den største gruppen diagnostisk i psykisk helsevern (34 %), men er en meget heterogen gruppe med hensyn til ressursbruk. Pasienter med ruslidelser er også en heterogen gruppe med hensyn til ressursbruk. De utgjør 7 % av ressursbruken i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2009).

Tross den foreliggende usikkerhet om en økning av personer med psykiske lidelser slik samhandlingsreformen fremhever, er det en bekymringsfull vekst i sykemeldinger og økt risiko for uførhet grunnet psykiske lidelser sammenlignet med andre somatiske tilstander. Dette i kombinasjon med økning i antall unge uføre indikerer en bekymringsfull samfunnsøkonomisk kostnad for tapte arbeidsår, antatt omfattende helsetjenestebruk over tid, tapt livskvalitet og ”leveår”. Dette kan være betydelige samfunnsøkonomiske gevinster i å

forebygge og investere i gode pasientforløp for å minimalisere risiko for uførhet og tap av funksjonsevne.

Jeg tenker at det kan være en sammenheng mellom tap av funksjon knyttet til psykisk uhelse og et påfølgende samhandlingsbehov for igangsette og sikre gode pasientforløp. Det epidemiologiske ”bildet” indikerer at kommunehelsetjenesten har utfordringer med forebygging og tidlig intervensjon, spesielt i forhold til funksjonsfall over tid hos personer i tidlig fase av psykisk uhelse.

3.2 Samhandlingsreformen - en ”skreddersydd reform” for det psykiske helsefeltet?

Som grunnlagsdata til samhandlingsreformen innen psykisk helse og rus, fremheves det at den til dels dårlige tilgangen på psykisk helsehjelp kan være et ressurs spørsmål, men skyldes sannsynligvis også organisering, arbeidsmetoder og samarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 68). Ikke uventet hevdes det *at samhandlingsreformen er skapt for psykisk helsevern og at den representerer en ideologisk snuoperasjon hvor en gjensidig må styrke hverandre uavhengig av forvaltningsnivå* (Haga, 2013). Han påpeker her et uutnyttet potensiale i det psykiske helsefeltet knyttet til målrettet samhandling for å optimalisere behandling.

Mange pasienter med psykiske lidelser har et sammensatt behov som kan utløse samtidige tjenester fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Undersøkelser viser at 70 % av voksne som mottar kommunale tjenester for psykiske lidelser eller vansker, har en eller annen form for behandling i spesialisthelsetjenesten (Ose et al, 2010). Tilsvarende viser punktundersøkelser av pasienter innlagt i psykiske helsevern at 64 % har minst ett kommunalt tilbud (Lilleng et al, 2009). Dette indikerer en utstrakt bruk av parallelle tjenester som kan utløse et samhandlingsbehov for å styrke effekten av tiltak. Det er ikke grunnlag for å si at parallelle tiltak er unødvendige eller lite hensiktsmessige, men at informasjonsutveksling og samordning på tvers må påaktes.

Helseforetakene er trolig den aktøren hvor myndigheter fremover kan ha en sterk styring gjennom målstyrt ledelse og ressursmessige prioriteringer. Kommunehelsetjenesten rammestyles gjennom lovverk og økonomiske incentiver, men er ellers underlagt politisk demokratisk kontroll og lokale prioriteringer. Fastlegene er i stor grad selvstendige næringsdrivende med driftsavtaler og kan i begrenset grad styres gjennom statlige refusjonsordninger utover det kommunehelsetjenesten eventuelt klarer å styre gjennom avtaler med den enkelte fastlege. I så måte er det klare styringsmessige begrensninger i form av ”top-down” styring. Samhandlingsreformen er derfor i stor grad en ”bottom-up” styringsstrategi hvor de profesjonelle helseaktørene i stor grad ansvarliggjøres for at det etableres helhetlige og gode pasientforløp. Dette er viktig for å forstå som bakenforliggende styringsmessige rammefaktorer som har betydning for samhandlingen innen det psykiske helsefeltet.

For psykisk helsevern har de sentrale helsepolitiske mål i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-15 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010-2011) vært å:

- desentralisere tjenestetilbudet (fra sykehus til DPS, og fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste)
- økt vekt på aktiv behandling ved at pasienter og brukere skal få tydeligere rolle i helse- og omsorgstjenesten
- økt vekt på utadrettet virksomhet
- økt vekt på samhandling med helse- og omsorgstjenesten i kommunene

Nasjonal helse- og omsorgsplan legger opp til at spesialisthelsetjenesten skal understøtte kommunene i deres arbeid, og samtidig tilby tjenester av høy kvalitet hvor det kreves spesialisert kompetanse. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten skal bli mer likeverdige beslutningstakere.

Jeg tenker at disse målene neppe kan nås uten en kommunehelsetjeneste som responderer tilsvarende på samhandlingsreformens mål og strategier. Endringene i spesialisthelsetjenesten fordrer en kompetent kommunal helsetjeneste med god bredde som lykkes bedre i forebyggingsarbeidet og demper presset på spesialisthelsetjenesten. Kan kommunene klare å innfri de forventninger og ambisjoner som reformen fordrer?

3.3 Den nye kommunerollen – ambisiøs og altomfattende med store prioriteringsutfordringer?

Kommunenenes rolle fremheves eksplisitt knyttet til samhandlingsreformen. Helse- og omsorgstjenesten skal i henhold til lov (khol., §1-1, 3-1) *forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonshemming*. Dette innbefatter *kommunens ansvar for alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problem eller nedsatt funksjonshemming*. Dette innebærer et stort ansvar på tvers av tilstander og funksjonshemminger. Kommunen skal også *sørge for at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå* (BEON)(Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 15).

Dette er fundamentet og føringene for kommunehelsetjenesten som informantene i denne studien har et forvaltningsansvar for. Helt konkret på tiltakssiden skal kommunene utvikle forebyggende helsetjenester, utvikle lokalmedisinske sentre, integrere bedre legetjenester, og blant annet styrke individ- og grupperettede tiltak overfor folk med lettere psykiske tilstander og ruslidelser (psykologhjelp, kurs i depresjonsmestring, selvhjelpstiltak mer mer). Det er også forventet tettere oppfølging med utsatte grupper, eksempelvis de med kronifiserte lidelser (Åm, 2013). Informantene har fått en ambisiøs samhandlingsbestilling fra den statlige forvaltningen.

Til tross for at samhandlingsreformen gjaldt hele helsesektoren, ble de økonomiske virkemidlene gjeldende for somatisk sektor fra 1.1.2012 ved at kommunene ble tilført økonomi. De fikk et medfinansieringskrav for utskrivingsklare pasienter som ble ”overliggende” på sykehus. Det psykiske helsevernet ble holdt utenfor fordi fagmyndighetene ikke hadde tilstrekkelig oversikt over konsekvensene innen denne sektoren. Den planlagte bruk av økonomiske virkemidler innen det psykiske helsefeltet fra 2014 medfører usikkerhet for kommunene (Eide, 2013). To viktige spørsmål han fremførte, var om en *kopimodell for somatisk sektor kunne overføres direkte på dette tjenestoområdet, og var konsekvensene tilstrekkelig vurdert?*

Den nye forskriften for fastleger (2012) gir kommunene ansvar for å tilrettelegge samarbeid mellom kommunene og fastlegene, og mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten (§ 8).

Dette påaktes tydelig i Stortingsmeldingen 47 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) at *kommunen må ha et proaktivt lederskap overfor fastlegene, overfor den samlede kommunale helse- og omsorgstjenesten og disse tjenestenes samarbeid med spesialisthelsetjenesten* (s. 94). Nettopp fastlegene er tillagt en vesentlig rolle og forskriften om fastleger gir kommunene et klart ansvar i forhold til tilrettelegging og bruk av fastlegetjenester. Det er derfor viktig å se nærmere på de forventninger og ambisjoner som tillegges fastlegene i dette reformarbeidet som de kommunale ledere har fått en tilretteleggingsfunksjon overfor.

3.4. Fastlegens rolle i en fragmentert helsetjeneste.

Fastlegens rolle kan sies å være ambisiøs slik den presenteres i lover, forskrift, og i samhandlingsreformen. Forskning og annen dokumentasjon ”tegner” derimot et bilde av en annen virkelighet i forhold til koordinering, henvisningspraksis og identifisering av pasienter med psykiske lidelser.

Fastlegen har en viktig rolle både i det forebyggende og kurative arbeidet med pasienter i kommunehelsetjenesten slik det fremgår av Stortingsmelding 47 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), Lov om Folkehelsen (2013) og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2013). Fastlegens tjenester anses her som grunnleggende i kommunal helsetjeneste. I fastlegeforskriften (2012) fremheves at fastlegen skal ivareta en medisinsk faglig koordineringsrolle og samarbeid med andre relevante tjenesteytere om egne listepasienter og utvikle en henvisningspraksis til spesialisthelsetjenesten som støtter faglig riktig oppgavefordeling og god samhandling mellom behandlingsnivåene. I retningslinjer og veiledere for evidensbasert behandling fra helsedirektoratet er det ofte angitt hvilket behandlingsnivå som er formålstjenlig i forhold til pasientens tilstand og alvorlighetsgrad. Den nasjonale retningslinjen for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjeneste er et eksempel på hvordan det er gjort tydelige differensiering på hva som er rådgivning og aktiv behandling i primærhelsetjeneste, behandling i spesialisthelsetjeneste og akutt innleggelser på sykehusnivå (Helsedirektoratet, 2009).

Fastlegene er vanligvis organisert som selvstendige praksiser med driftsavtale med kommunen. Driften finansieres av et kommunalt rammetilskudd, statlige refusjoner etter aktivitetstakster og egenandeler fra pasienter. Fastlegenes stilling er knyttet til direkte pasientbehandling med mindre de har en avtale med kommunen om utøvende tjenester knyttet til kommunale enheter som eksempelvis sykehjem eller helsestasjon.

Før samhandlingsreformens tilblivelse fremhevet legeforeningen som et svar på Opptrappingsplanen for psykisk helse at fastlegens rolle og ansvar i behandling av mennesker med psykisk lidelse måtte synliggjøres og styrkes (Den Norske legeforening, 2004, s.5). Dette ble påstått med bakgrunn i at 90 % av alle med psykiske lidelser som oppsøker helsetjenesten, får utredning, diagnostisk vurdering og behandling hos fastlegen. Fastlegen ble ansett som sentral for å sikre et koordinert og helhetlig tilbud til mennesker med psykiske lidelser, og dette ble presisert i Helse- og omsorgsdepartementet utredning (2005) med følgende: *Utvalget vil spesielt peke på at fastlegene er en viktig del av primærhelsetjenesten og skal ha et samlet ansvar for å vurdere helheten i pasientens situasjon og ha en rolle som portåpner og portvakt til det mer spesialiserte nivå. Det gir fastlegen en naturlig rolle som koordinator for tjenestene til den enkelte pasient. Dette innebærer alt fra samhandling med ulike kommunale instanser til samhandling med en sammensatt spesialisthelsetjeneste* (s. 129). I policy-dokumenter er det altså tydelig hvordan fastlegene skal ha en integrativ rolle i en helsetjeneste bestående av en rekke uavhengige institusjoner på ulike forvaltningsnivåer.

Til tross for legenes selvskrevne posisjon som kontaktperson og koordinator i et helsefaglig hierarki viser forskning at fastlegens rolle som koordinator for tjenestene til den enkelte pasient ikke har spesielt fotfeste i dagens psykiske helsearbeid (Schønfelder, 2013). Her er som tidligere nevnt hovedsakelig annet helsepersonell fra sosialfaglig og psykiske helsetjenestene dominante og deltagende, og mer sjeldent fastleger. Stortingsmelding 47 (2009) anfører at fastleger i variabel grad samhandler med andre helseaktører knyttet til pasienter med psykisk lidelse. Her fremføres det at å skrive henvisninger ikke er det samme som å koordinere tverrfaglig, utøve bærekraftig og langsiktig samarbeid i en ansvarsgruppe eller å utarbeide individuell plan og følge opp tiltakene som er avtalt. Forventningene til fastlegen er altså mer omfattende enn henvisningsarbeidet isolert sett. Det vises også til at fastlegeordningen ikke fungerer så godt overfor personer med psykiske lidelser og rus, nettopp på grunn av oppgavens karakter med individuell planlegging, tverrfaglig involvering

og pasientgruppens evne til å søke hjelp når behov oppstår (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Folkehelseinstituttet (2009) anslår at ca. 9 % av befolkningen har søkt hjelp for psykiske plager siste år. Det er langt mindre en antatt årlig prevalens på 30-35 %. Mens det fremføres at brukerne av fastlegeordningen er gjennomgående fornøyde med fastlegetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 90), antas det å være en stor gruppe som ikke søker hjelp. Det er eksempelvis personer med ruslidelser, hjemmeboende eldre med funksjonsvikt, personer med psykiske lidelser og mennesker med mental svikt. For disse fordres individuell planlegging og tverrfaglig kontakt over lengre tid og her fungerer ikke fastlegeordningen like godt. I følge Folkehelseinstituttet er det en stor gruppe som benytter fastlegen, men ikke oppgir sine psykiske plager som tema. Dette kan skyldes frykt for stigmatisering og skam, manglende behandlingsoptimisme, somatiske lidelser får forrang eller at fastlegen ikke klarer å identifisere den psykiske problematikken (Folkehelseinstituttet, 2009). Dette viser at det å ha konsultasjoner med pasienter med psykiske lidelser ikke nødvendigvis innebærer at fastlegen klarer å identifisere denne tilstand som grunnlag for behandlingstiltak.

Fastlegenes henvisningspraksis varierer ut i fra sammensetning av pasientlister, fastlegers erfaring og lokale tilbud i psykisk helsevern (Mouland & Kyvik, 2007). Både ventetid, kommunikasjon og samarbeid har blitt fremhevet som tilfredsstillende for fastleger i samhandling med spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern i Norge (Folkehelseinstituttet, 2009). Det hevdes at fastlegene i for stor grad samarbeider vertikalt med spesialisthelsetjenesten og ikke horisontalt med kommunenes helsearbeidere (Ebbesen, 2013). Dette indikerer at fastlegene primært tenker spesialisthelsetjenesten, og ikke kommunehelsetjenesten.

Det synes derfor å være et betydelig krysspress i fastlegenes henvisningspraksis og deres portvaktfunksjon, og hvordan de i praksis skal klare å understøtte en faglig riktig oppgavefordeling, bruke kommunehelsetjeneste mer aktivt og dempe presset på spesialisthelsetjenesten.

Jeg vil i det neste avsnittet beskrive psykisk helsevern for å gi en oversikt over hvordan psykisk helsevern er innrettet organisatorisk i forhold til differensiering av tjenester.

3.5. Distriktpsykiatriske sentre (DPS) og Spesialisthelsetjenesten – store forventninger og krevende omstillinger

Den tredje organisatoriske tjenesten i samhandlingstriangelet i denne oppgaven handler om spesialisthelsetjenesten. Det psykiske helsefeltet kan i praksis defineres som tredelt i form av kommunal tjeneste (1.linje), DPS og TSB (Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, 2.linje) og spesialiserte sykehusfunksjoner som akutt- og spesialpsykiatri (3.linje). I 2011 var det totalt 78 DPS i Norge. Det er gjennomsnittlig ca. 3 DPS pr. helseforetak og de er vanligvis lokalisert sentralt geografisk i sine opptakskommuner.

Innen psykisk helsevern er mange helseforetak organisert med sidestilte avdelinger som innen en divisjon. Dette er for eksempel avdeling DPS, avdeling rus og avhengighet, og avdeling for akuttpsykiatri. De tidligere langtidsintermediære avdelingene er nå i hovedsak DPS-døgnposter som er desentralisert geografisk og har en gjennomsnittlig liggetid på ca. 21 dager (Helsedirektoratet, 2013). De spesialiserte sykehusfunksjonene på sykehusnivå er nå primært akuttpsykiatriske avdelinger, avdeling for avrusning av illegal rus og spesialpsykiatriske langtidsavdelinger som ofte har pasienter på tvunget psykisk helsevern og pasienter domfelt til behandling. De fleste behandlingsinstitusjonene innenfor rusbehandling er desentralisert geografisk. DPS'ene er fra et myndighetsperspektiv vektlagt som et bindeledd mellom kommunehelsetjenesten og spesialiserte sykehusfunksjoner, og skal være et tydelig forankringspunkt i et helhetlig behandlingstilbud.

Ved DPS behandles voksne pasienter med polikliniske konsultasjoner og døgnopphold. Både døgnkapasiteten og antall oppholds-døgn ved DPS, personellinnsats og poliklinisk aktivitet har økt betydelig gjennom i opptrappingsperioden for psykisk spesialisthelsetjeneste i perioden 1998-2006 (Forskningsrådet, 2009). DPS ble utviklet i tråd med internasjonale føringer rettet mot etablering av en desentralisert psykiatri. *DPS bør være veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern* (Sosial og helsedirektoratet, 2006, s.11). Denne innrettingen forsterkes i Nasjonal helse- og omsorgsplan for 2011-2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010-2011): *DPS skal være et tydelig forankringspunkt i det helhetlige behandlingstilbudet på spesialistnivå og skal støtte kommunene i deres arbeid slik at en kan utsette eller hindre innleggelser* (s. 78). Det synes å være allment akseptert faglig

strategi innen psykisk helsevern at DPS skal være det allmennpsykiatriske tilbudet på spesialistnivå og ”motoren” i samhandlingen internt og ut mot kommunene.

Fra 2004 ble helseforetakene tillagt ansvar for at spesialisthelsetjenesten også omfattet rusbehandling. Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) omfatter avrusning, akutt behandling, utredning og spesialisert behandling (poliklinisk eller institusjon), institusjonsplasser der rusavhengige kan holdes tilbake uten eget samtykke (tvang) og legemiddelassistert rehabilitering. Innenfor TSB var det i 2012 i alt 1680 døgnbehandlingsplasser hvor private institusjoner utgjør 56 % av kapasiteten (Helsedirektoratet, 2013).

3.6. Samhandling og koordinerte forløp – hvordan har vi innrettet oss?

I dette avsnittet vil jeg avklare nærmere hvordan koordinering av tjenester skal forstås og hva det innebærer. Dette for å ha et klart målbilde for gode pasientforløp og hva det fordrer av samhandling i helsetjenesten.

Et hovedutfordringsområde som beskrevet i grunnlaget for samhandlingsreformen er at *pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok* slik helsetjenesten er i dag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 21). Som et tilsvarende med en presisering av hva som er ønsket samhandling, defineres dette i Stortingsmelding 47 (Helse- og sosialdepartementet, 2009) som et *uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte* (s. 13). Dette uttrykker etter mine oppfatninger et formålstjenlig ideal som trolig samsvarer med fagmiljøene grunnforståelse av hensiktsmessig samhandling og samarbeid. Men i praksis er det nokså mange forskjellige synspunkter på hvordan vi skal organisere tjenesten for å oppnå best mulig koordinering, noe også informantene i studiene gir uttrykk for.

Henholdsvis forløp og de gode pasientforløp er videre beskrevet slik: *Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og*

omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes av at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov (s. 15). Denne definisjonen fører slik jeg forstår den, med seg tre vesentlige kjennetegn ved forløpene er en kjede av hendelser, at de er koordinert og de skal dekke pasientens ulike behov. Dette impliserer at (a) målsetting er tydeliggjort ut i fra pasientens behov, (b) at aktørene i helsetjenesten kjenner sin oppgave i helheten, og (c) at en aktør har koordinerende funksjon med en viss myndighet og kan styre aktiviteten på en hensiktsmessig måte.

På et systemplan er koordinatorfunksjonen tillagt en folkehelsekoordinator samt at kommunene skal ha en koordinator for samhandling mellom kommunehelsetjeneste og sykehus. På et individplan er individuell plan (IP) lovfestet som et ”organisatorisk verktøy” for pasienter som har behov for langvarige og sammensatte tjenester. Formålet med IP er at en tjenesteutøver har hovedansvaret for oppfølging og at dette naturlig forankres kommunalt ut i fra nærhet og omfang av tjenester (Helsedirektoratet, 2010). Imidlertid indikerer undersøkelser fra praksisfeltet at brukere med rett til IP ikke får det, at planene er mangelfulle, ikke oppdaterte eller fulgt opp på en mangelfull måte (Statens helsetilsyn, 2010). Her fremføres det at IP har et betydelig potensiale for å sikre helhetlige forløp. For å lykkes bedre, må brukeren oppleve seg sett, hørt og verdsatt, koordinatorrollen må styrkes, og IP må forankres politisk og administrativt. Denne koordinatorrollen vil ikke medføre noen form for myndighet til å forplikte andre i samhandling eller kreve faglige bidrag i et sammensatt tjenestetilbud (Helse og omsorgsdepartementet, 2009). Foruten IP er ansvarsgrupper og tverrfaglige team viktige for å koordinere arbeidet rundt pasienter med psykiske lidelser uten at det er spesifisert hvilke yrkesgrupper som skal lede disse gruppene (Myrvold, 2006).

3.7 Sammenfatning av bakgrunn

Sammenfattet kan en påstå at psykisk helsetjeneste i dag er i høy grad funksjonsdifferensiert. Den ”vingler” mellom profesjonsorientert autonomi og en kollektiv rasjonalitet som samhandlingsreformen fordrer av aktørene. Det er varierende samhandlingskompetanse, stor praksisvariasjon i bruk av samhandlingsverktøy, lav grad av styringsautoritet i tiltak og ubalansert medinvolvering fra aktørene i helsetjenesten. Det antas at grenseflatene i samhandlingsrommet i det psykiske helsefeltet er store og utfordrer aktørene til å utvikle samhandlingspraksis hvor dialog fremfor indre monolog må bli førende for å skape gode og helhetlige behandlingsforløp. Det anses derfor lurt å undersøke hvordan denne samhandlingen i praksis fungerer og kommer til uttrykk, hvilke utfordringer fremheves spesielt og hvilken innvirkning samhandlingsreformen har hatt og har på aktørene i den psykiske helsetjenesten.

4 Metode

Samhandlingsreformen anses å være en retningsreform og en strategi med bestemte formål ut i fra en bakgrunnsanalyse. Den peker på styrket samhandling som viktig og nødvendig for kvalitetsutvikling av helsetjenester, og pasientperspektivet skal være førende for samhandlingen. For å få informasjon om hvordan samhandlingen fungerer og om den gir gode pasientforløp, avhenger i stor grad av hvordan tjenesteaktørene får utøvd sine oppgaver i samspill med andre aktører innenfor de rammene som helsetjenesten styres av. Både individuelle, organisatoriske, kompetansemessige, kulturelle, historiske og juridiske faktorer innvirker i et komplekst samspill. For å få nærmere innsikt i, og fordypning i noen av de faktorer som fremmer eller hemmer god samhandling, anså jeg seminstrukturerte intervjuer som hensiktsmessig for å få aktørenes opplevelse og erfaringer i samhandlingsfeltet innen psykiske helsetjenester. I tillegg er foreliggende lover, forskrifter og ikke minst offentlige dokumenter og eksempelvis Stortingsmeldinger, en viktig datakilde for meg. Dette anser jeg som viktige styringsdokumenter for helsetjenesten samtidig som de bidrar til å kontrastere idealer og realiteter innen helsetjenesten.

Kvalitativ forskning er forskningsstrategier for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres (Malterud, 2011).

Samhandling kan sees som en dynamisk prosess som kan utforskes kvalitativt. Metoden kan gi oss mer kunnskap som er knyttet til erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger hos eksempelvis aktørene i samhandlingsfeltet. Den prøver å ”fange opp” informantens erfaringsverden og kompleksiteten i en problemstilling, ikke for å finne universelle sannheter, men for å få kunnskap som kan gi ny innsikt, nye begreper eller utvikle nye spørsmål, hypoteser eller teori. I denne masteroppgaven er et funn en typologi presentert i en tabell over ulike typer fastleger, et typisk kvalitativt funn. Det kvalitative forskningsintervjuet kan også beskrives som en *samtalebasert erkjennelsesprosess som er intersubjektiv og sosial. Erkjennelsesprosessen involverer intervjueren og den intervjuede som i fellesskap skaper kunnskap* (Kvale & Brinkman, 2009). Jeg antok at min bakgrunnskunnskap om helsetjenesten og reformarbeidet vil kunne bidra til en dialog som utdypet informantens synspunkter og bidro til refleksjon hos informanten.

4.1 Utvalg av informanter

Det vil i alt myndighetsstyrt reformarbeid være ambisjoner som målgruppen for reformen i større eller mindre grad identifiserer seg med. Og om reformen i utgangspunktet treffer bra ideologisk og med et godt målbilde, vil det være utfordringer i implementeringsarbeidet og ”verktøy” for å realisere endringer og nå målene som er definert. Samhandlingsreformen har potensialet for å skape viktige endringsprosesser i helsetjenesten, men også en risiko for et sprik mellom ambisjoner og realiteter, mål og faktiske resultater.

Med dette som utgangspunkt ønsket jeg et utvalg som kan klassifiseres som et kritisk utvalg (”Critical case sampling”) (Kuper, Lingard & Levinson, 2008). Dette kan beskrives som et utvalg informanter med god informasjonsrikdom og god kritisk dømmekraft, og spesielle gode forutsetninger for å kaste lys over tematikken. Jeg anså derfor kommunale ledere av psykiske helsetjenester og rus som en aktuell gruppe. Jeg ønsket deres perspektiver ettersom de forventes å ha god oversikt over tjenestefeltet, utfordringsområdene og med betraktninger rundt samhandlingsreformens konsekvenser. Jeg antok at kommunale ledere i større grad enn utøvende ansatte vil evne vekslingen mellom praksisnær forståelse, og metarefleksjoner på rammebetingelser og overordna styringsstrategier gitt i samhandlingsreformen, siden disse informantene er i en posisjon med systemansvar og perspektiv på tjenestetilbudet

Informantene tilhører kommuner på Østlandsområdet. Siden jeg arbeider som rådgiver i et DPS valgte jeg strategisk å søke kommunale ledere som ikke representerte kommuner knyttet til mitt daglige virke. Unntaket var pilot-intervjuet hvor jeg tok direkte kontakt ut i fra en viss kjennskap til lederen gjennom tidligere deltagelse i felles møtefora. Grunnlaget for denne strategien var å unngå ha en forhåndsdefinert relasjon og rolle som kunne innvirke på informantenes formidling. Imidlertid representerte informantene kommuner som var knyttet til helseforetaket jeg selv var ansatt i. I innledende emailkontakt formidlet jeg hvor jeg var ansatt. Dette kunne innebære en begrensning som kunne legge bånd på informantenes formidling, men slik jeg oppfattet intervjusituasjonen og de synspunktene de blant formidlet rundt spesialisthelsetjenesten, synes dette ikke å være tilfelle.

Jeg foretok faktasøk på internett i forhold til kommunestørrelse. En spredning i kommunestørrelse kan gi ett mer nyansert bilde i forhold til hvordan kommunestørrelse innvirker på samhandlingskvalitet, og om utfordringene er relatert til kommunestørrelse. Jeg

tok email kontakt med 9 potensielle informanter og deretter telefonisk kontakt. Det ble gjort intervjuavtale med 5 informanter som responderte positivt. I tillegg kom ”pilot” intervjuet

De 6 informantene representerer forskjellige kommunestørrelser hvor to informanter tilhører småkommuner under 5000 innbyggere og de øvrige kommuner med over 10 000 innbyggere.

Det er ingen ensartet kommunal organisering eller entydig oppgavebeskrivelse for virksomhetsområdet psykisk helse og rus. Siden informantene kommer fra såpass forskjellige kommuner anså jeg at temaet de hadde felles oppfatning av, kunne være allment for dette perspektivet, og relativt uavhengig av formell organisering. Dette antok jeg ville gi en økt grad av generalisering. Felles for informanten er at de tilhører nivå tre i organisasjonen og med både tilhørende teamledere under seg og, hos enkelte av informantene, ansatte de har direkte styring over. Rustjenesten er i de respektive kommuner er integrert i psykisk helsetjeneste, enten som egne separate team eller med ansatte med spesialisert kompetanse for denne gruppen.

4.2 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble foretatt på tjenesterelevante kontorer i kommunene. På forhånd fikk informantene en informasjonsskriv om hensikten med intervjuet (vedlegg 1) og samtykkeerklæring. Jeg hadde selv en semistrukturert intervjumal som jeg benyttet under intervjuet (vedlegg 2). Jeg benyttet en digital båndopptaker (Olympus digital voice recorder VN-7700). Lengden av intervjuene varierte mellom 60 og 80 minutter.

4.3 Analyse og presentasjon av data

Intervjuene ble først transkribert i sin helhet. Ved første gjennomgang ble det forsøkt å hente ut foreløpige tema og sitater som skilte seg ut i teksten og kunne være utgangspunkt for videre analyser. Av denne utledet jeg tre hovedområder jeg ønsket å belyse i oppgaven. Jeg tar

utgangspunkt i de pasientgrupper som er særlig utfordrende i kommunal psykisk helsetjeneste (tema 1). Dette gir et bilde av hvilke tjeneste- og samhandlingsbehov som aktualiseres fra et kommunalt perspektiv. Tema 2 omhandler fastlegene og deres koordinerende rolle, og hvordan samhandlingen fungerer både ut mot psykisk helsetjeneste kommunalt og inn mot spesialisthelsetjenesten. Det tredje temaområdet omhandler spesialisthelsetjenesten med vekt på DPS, men hvor også akutte tilbud og rusbehandling inngår. Hensikten her er å se deres rolle i pasientflyten og hvordan de gjør kommunen i stand til å løse sine oppgaver i henhold til samhandlingsreformens intensjoner. Dette var temaet alle informantene var opptatt av, på tross av ulik kommunestørrelse og organisasjonsstruktur.

I den videre analyseprosessen (fase 1) gjorde jeg en grovkoding og samlet alle sitater i intervjuene knyttet til tema. Ut i fra disse sitatene (fase 2) foretok jeg en mer selektiv analytisk reduksjon (Malterud, 2011). Jeg søkte etter gjennomgående tematikk og sorterte ut resultater som fremstår av betydning for å forstå samhandlingserfaringer, altså å dekontekstualisere teksten uten å miste nærheten eller meningen slik den ble formidlet i intervjusituasjonen. I denne fasen skrev jeg også ned alle assosiasjoner jeg hadde til del temaet. I fase 3 hvor grunnlaget for resultatpresentasjonen fremtrer, blir resultatene presentert i meningsfulle og ide-utviklede kategorier med utdypende beskrivelser rundt betydningsfulle sitater. Dette innebærer å identifisere og kode de meningsbærende enhetene i resultatene (Malterud, 2011). Analysen er inspirert av Malteruds tekstkondenseringsmetode, men følger ikke denne malen slavisk, noe den deskriptive beskrivelsen av analyseprosessen over viser.

4.4 Generaliserbarhet og relevans

Overførbarhet av analysene innebærer å vurdere i hvilken grad resultatene lar seg anvende og overføre på andre områder eller i utvidede referanseområder som eksempelvis organisatorisk eller geografisk. Vi snakker her om en ekstern validitet. Jeg har intervjuet et lite antall kommunale ledere i 6 av 428 kommuner. Utover en viss variasjon i kommunestørrelse fra ca. 2500 til ca. 40-50 000 innbyggere, er utvalget informanter plukket på Østlandsområdet. Utvalget er derfor ikke representativt i statistisk forstand.

Resultatene er hentet ut i fra gitte tidsmessige intervju i en helt bestemt kontekst og anses gyldig som en av flere mulige sannheter. Dersom en satte sammen en fokusgruppe av fastleger fra de samme kommunene som informantene tilhører, er det ikke gitt at de ville være enige i den virkelighetsbeskrivelse som de kommunale lederne gir. Det er likevel viktig å nevne at ledernes perspektiv har en deskriptiv verdi i seg selv.

Det er imidlertid noen faktorer som kan antyde en viss gyldighet og overførbarhet av resultatene til andre kommuner og samhandlingsområder knyttet til helseforetak. For det første er Samhandlingsreformen mye omtalt i helsepolitiske sammenhenger og de fleste aktører og spesielt ledere, har kunnskaper, innsikt, erfaringer og ikke minst oppfatninger om hvordan den fungerer. For det andre eksisterer det fagnettverk og konferanser hvor det utveksles erfaringer og hvor det i meningsbrytende diskurser trolig dannes felles og dominerende oppfatninger om hvordan reformen fungerer, hvilke utfordringer som fremtrer og hva som bør justeres. Det vil trolig over tid i slike nettverk bli dannet rådende konsensusbaserte slutninger som jeg tenker vil forsterke gyldigheten av resultatene i denne undersøkelsen. Det tredje er at det foreligger en gjennomgående tematikk i resultatene som kan knyttes til tidligere undersøkelser og forskningsstudier som eksempelvis funn knyttet til de ressurskrevende pasientene (Helsedirektoratet, 2009) eller divergerende funn knyttet til fastlegens koordinerende rolle i pasientoppfølgingen. Forutsetninger for (strukturell) overførbarhet slik jeg oppfatter Malterud (2011), er at kunnskapen skal kunne deles med andre og forstås av andre ("Aha-effekten"). Kunnskapen gir mening og er knyttet til like strukturer som eksempelvis en kommunehelsetjeneste er organisatorisk, kulturelt og metodisk.

Samlet vil jeg anta at resultatene har relevans for å forstå fremmende og hemmende faktorer i samhandlingsfeltet mellom kommunehelsetjeneste, fastlege og spesialisthelsetjeneste uten at den gir et entydig sannhetsbilde for hvordan reformen fungerer innenfor et gitt avgrenset geografisk samhandlingsområde.

4.5 Forskerens forforståelse

Det at jeg selv er ansatt i helseforetak som en del av spesialisthelsetjenesten som samhandlingsreformen omfatter vil om mulig innebære fordeler og ulemper. Forforståelse består av erfaringer, hypoteser, faglige perspektiv og teoretisk referanseramme (Malterud, 2011) slik den er presentert i innledning. Jeg vil forhåpentligvis med min bakgrunnskompetanse som aktør i feltet kunne utfordre informantene til å nyansere sine svar gjennom oppfølgende spørsmål. Min forforståelse er viktig som motivasjonsgrunnlag for undersøkelsen. Fra mitt ståsted er det faglige og ledelsesmessige utfordringer knyttet til ressursbruk og prioriteringer knyttet til økende behandlingsbehov, og å foreta riktig ressursallokering i forhold til samhandlingsreformens intensjoner. Gruppa informantene representerer er viktige samarbeidspartnere i mitt daglige virke. Jeg vil med denne forforståelsen få en utfordring med en innta en åpen eksplorerende utforskning av informantens erfaringer, holde tilbake egne faglige betraktninger og ikke handle på lojalitet til egen organisasjon med å gå i forsvar dersom eksempelvis spesialisthelsetjenesten blir kritisert. Dette kan legge bånd på informanten og *overdøve den kunnskapen som det empiriske materialet kunne ha levert* (Malterud, 2011, s. 41). Det blir derfor kontinuerlig en selvpålagt utfordring å sjekke min egen refleksivitet og bevissthet rundt rammene for kunnskapsproduksjon og hvordan jeg selv innvirker på forskningsprosjektet. Min grunnleggende intensjon er å bidra til kunnskap som kan styrke kvaliteten på pasientforløp gjennom riktig og tidseffektiv samhandling uavhengig av organisatorisk tilhørighet.

5 Resultater og analyse

Resultatene presenteres i tre hovedtema som er henholdsvis (1) *De utfordrende pasientgruppene*, (2) *fastlegenes rolle og posisjon*, og (3) *spesialisthelsetjenestens rolle og posisjon*. Innenfor hvert av teamene er det underavsnitt samt en oppsummering av funn.

5.1. De utfordrende pasientgruppene

Ut ifra informantenes beskrivelse av hva som er de mest krevende og utfordrende pasientgruppene innen kommunal psykisk helsetjeneste, og hva de tenker om ansvaret for å behandle de med lette til moderate psykiske plager, har jeg forsøkt å lage en typologi av pasienter som psykisk helsetjeneste og rus må forholde seg til. Typologien baserer seg i hovedsak uformelle og virksomme kategorier som fremkommer gjennom informantenes formidling og som går på tvers av diagnosesystem og andre formalia.

Denne typologiske inndelingen kan virke reduksjonistisk og potensielt stigmatiserende for kompleksiteten i psykisk tilstand og livsproblemer hos pasienter. Dette har også vært fremført som kritikk ved de diagnostiske systemene og spesielt knyttet til psykisk helsevern (Hyman, 2010). Validiteten ved mange enkeltdiagnoser er svak (Hyman, 2010). Likevel kan en slik typologisk inndeling ha en nytte ved å være gjenkjennende for fagfeltet og effektivisere den kommunikative samhandlingen gjennom felles begreper.

Inndeling i typologi er ikke knyttet til spesifikke diagnoser selv om diagnoser delvis eksemplifiseres i fremstillingen. Rusmisbruk og rusavhengighet kan fremstå med varierende alvorlighetsgrad på tvers av de valgte kategorier, men er også definert her som en egen gruppe.

Jeg har valgt å dele inn pasientgruppene i 5 kategorier; ”de alvorlig syke”, ”de unnvikende”, ”de unge”, ”de rusavhengige” og ”de lette” som jeg mener er uformelle men virksomme

kategorier i det feltet informantene befinner seg i. Det gis en beskrivelse av hovedtrekkene av de enkelte kategorier.

5.1.1. "De alvorlig syke"

"De alvorlig syke" er for informantene en ressurskrevende gruppe i forhold til omfang av helse- og sosiale tjenester, og mange aktører involvert. En av informantene kaller disse "de sykeste av de syke, i budsjettssammenheng kalles de ressurskrevende pasienter". Det er ikke utypisk pasienter med psykoselidelser og pasienter med dobbelt diagnoser ("ROP-pasienter"). Unntaksvis er det pasienter i autisme spektret, pasienter med spiseforstyrrelse og ADHD. Disse pasientene mottar vanligvis tjenester fra både kommunal psykisk helsetjeneste og spesialisthelsetjenesten, og i noen grad også rustjenester.

De benevnes ofte som alvorlig sinnslidende (juridisk betegnelse) og er i risikogruppen for anvendelse av tvungen psykisk helsevern med og uten døgnoppfølging. De er i målgruppen for ACT-team, individuell plan og ofte bruk av ansvarsgrupper.

F: De har en såpass stor funksjonssvikt og alvorlige psykiatridiagnoser med stor funksjonssvikt kombinert med et langvarig grunnleggende bruk av illegale rusmidler gjerne kombinert med påført, selvpåført betydelig kognitiv svikt og gjerne i tillegg et problem knyttet til sikkerhet og vold. Da har du en god cocktail. Det er folk som av og til er inne på sykehus hvis de er akutt psykotiske eller er i akutt fare for seg selv eller andre, men som ellers som er relativt raskt ute av sykehuset om de ikke har på seg en voldssak med påfølgende dom på tvungen psykisk helsevern døgnet.

Her eksemplifiseres denne pasientgruppen med en kombinasjon av stor funksjonssvikt, alvorlig psykiatridiagnose, langvarig illegal rusmisbruk, betydelig kognitiv svikt og atferdsvansker knyttet til vold og sikkerhet. Det beskriver også ustabile forløp med psykosegjennombrudd og mulig forhøyet voldsrisiko.

Ikke uvanlig er dette ifølge informantene pasienter som også får vedtak om tvunget psykisk helsevern uten døgnet i henhold til Lov om psykisk helsevern.

C: Det er tung psykoseproblematikk. Det vi opplever at det gjøres mer og mer at selv om man blir skrevet ut med et tvangsvedtak, så er det ikke lov til å utøve tvang i brukerens bolig, og det er der vi er. Men ingen har lov til å utøve tvang i den enkeltes bolig. Da må den enkelte bruker hentes ut derfra for eksempel ved tvangsmedisinering, fraktes til et legekontor eller spesialisthelsetjenesten, hvor injeksjonen blir satt. Men det kan være behov for annen type tvang, holding, skjerming for eksempel fordi folk er utagerende blant annet.

Informanten beskriver begrensninger i forhold til legal bruk av tvang og hvordan helsepersonell skal yte bistand i krevende situasjoner med antatt selvdestruktiv atferd. Nødvergeregler kan i enkelte tilfeller kom til anvendelse, men samtidig kan pasientens atferd representere et mønster i pasientens sykdomsbilde og derfor være i en gråsone avhengig av alvorlighetsgrad i situasjonen. For helsepersonellet fordres det god sykdomskunnskap, god observasjonsevne og handlingskompetanse når psykisk smerte og risikoen for selvskading, fysisk utagering og vold eskalerer.

Det at pasienten er alvorlig syk i form av psykose innebærer ikke nødvendigvis at pasienten er ustabil eller er problematisk for helsetjenesten.

C: Så er dette med utagerende atferd, eller selvskading eller ja. Fordi vi har folk som er aktivt psykotiske hele tiden ute. Og dem behøver ikke være et problem. Der har vi litt forskjellige rapporter, han er inne og ute av psykosene hele tiden. Javel, det har vi her også. Det opplever vi ikke nødvendigvis som et problem i forhold til å bo i egen leilighet.

Dette illustrerer at helsetjenesten ofte kjenner disse pasientene godt, at psykosen eller diagnosen som sådan ikke har stor betydning og at de innenfor avgrensede miljøer som eget hjem er forutsigbare i sin atferd. De kan være preget av vrangforestillinger og hallusinasjoner, men dette behøver ikke være problematisk atferd for helsearbeideren.

En informant peker på et ressursdilemma i forhold til forebyggende arbeid da de presumtivt må prioritere de med antatt alvorlig psykisk forstyrrelse.

B: Vi har mange brukere som har tilbud i spesialisthelsetjenesten. De må kjøres til spesialisthelsetjenesten. Vi bruker mye ressurser på få. Det betyr at vi klarer ikke å

jobbe forebyggende slik vi skulle ønske fordi vi har så mange som er så stein dårlige at de må ha et tilbud. Litt som å velge mellom pest og kolera.

Presumptivt illustrerer dette at denne pasientgruppen må prioriteres med assistanse for å sikre pasienten tilgang på helsetjenester. Deres evne til selvivaretagelse og dagligdags fungering er ofte svekket og uteblivelse fra helsehjelp kan medføre økt sykdomsbelastning og svekket egenfunksjon. Dette er ofte tidkrevende arbeid.

Oppsummert kan ”de alvorlig syke” ha behov for akuttinnleggelser eller spesialpsykiatrisk døgnopphold for å behandle de alvorligste symptomene og stabilisere sykdomsforløp. Denne gruppen kan være overlappende med de utskrivingsklare pasientene fra spesialisert døgnbehandling som ofte er innlagt for øyeblikkelig hjelp, blir ofte reinnlagt og har behov for omfattende støttetjenester i kommunen med forsterkede botilbud (Ose & Slettebak, 2013). Her poengteres behovet for tett samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen for å sikre et godt tilbud når behandling i spesialisthelsetjenesten er ferdig.

Ut i fra min forståelse av informantenes beskrivelse skiller ”de alvorlig syke” seg fra ”de unnvikende”, som jeg presenterer i det videre, at ”de alvorlig syke” er tidsmessig og økonomisk mer ressurskrevende, deres samtykkeevne og selvivaretagelse er såpass svekket at de ofte trenger assistanse i forhold til hverdagsoppgaver og helsehjelp. ”De alvorlig syke” utløser ofte en handlings- og omsorgsplikt hos helsepersonell i forhold til grunnleggende behov (eksempelvis søvn, ernæring, hygiene, sosial kontakt). Til tross for en viss ustabilitet i sykdomsforløp, er de forutsigbare for helsetjenesten som ofte kjenner dem godt.

5.1.2 ”De unnvikende”

”De unnvikende” kjennetegnes av informantene ved at det er vanskelig å få til planmessig samarbeid med helsetjenesten. De unnviker eller avviser kontakt med helsetjenesten eller fluktuerer sporadisk innom ett eller flere tjenesteområder. Ikke uvanlig er disse i kontakt med legevakt knyttet til rus, suicidalitet, utagerende atferd og lignende. Samhandlingsreformen og grunntenkning i psykisk helsearbeid om aktiv brukarmedvirkning og selvbestemmelse utfordres fordi valgene de tar kan være selvdestruktive og øke risikoen for forverring av

helsetilstand og sosiale problemer. Dette kan diagnostisk være eksempelvis pasienter med personlighetsforstyrrelse, utviklingsforstyrrelser, spiseforstyrrelser med eller uten rusproblemer. Ikke uvanlig blir disse utskrevet for tidlig fra spesialisthelsetjenesten fordi de er ustabile i oppfølging, anses ikke motivert, eller har nytte av behandling slik spesialisthelsetjenesten definerer dette. Disse kunne vært aktuelle for den ambulante metodikken som ACT team benytter, men de ligger som oftest utenfor deres inntakskriterier som er alvorlig psykisk lidelse og omfattende behandlingsbehov.

Denne informanten definerer dem som noe mindre sykdomsbelastet enn de alvorligst syke, og at det er en diskrepans i oppfatning av hjelpebehov mellom pasientens selv og helsetjenesten.

F: Så har vi en annen gruppe som ikke er fullt så syke men som kanskje ikke selv mener de trenger hjelp, men som er veldig skadelige for seg selv og for omgivelsene. Vi snakker gjerne om en alvorlig variant av PF (personlighetsforstyrrelse) kombinert med mye rus og voldsrisiko. Kvinner og menn. Dem har vi en liten håndfull av som tar mye oppmerksomhet. Da har vi et samarbeid mellom NAV, psykisk helsetjeneste, spesialisthelsetjenesten og politi, eventuelt barnevern hvis barn er inne i bildet. Dette er den lille litt fleipete 10 % som tar 90 % av oppmerksomheten. Hvor skal de få hjelp?

Denne gruppen fordrer mye oppmerksomhet fordi ofte unndrar seg hjelp, men likevel setter seg i situasjoner som involverer offentlige instanser.

En annen informant synliggjør en parallell problematikk og stiller spørsmål om hvorvidt atferden til vedkommende er knyttet til underliggende psykisk sykdom.

B: Det er jo noen som ikke er inne i noen av de to systemene, men som vi møter på legevakta, som da blir lagt inn og kommer ut etter noen timer eller dagen etter. Så er de på legevakta igjen, de er også en stor utfordring. Spesielt de som har da en voldsproblematikk i tillegg. Ikke like lett å se hva er det underliggende problem. Er det psykisk lidelse? Er det rusutløst psykose? Er vold et ordensforstyrrelsesproblem som politiet må ta seg av? Men i sum er nokså mange i aksjon uten at de opplever at det er bedring for brukeren selv. Ganske uverdige. Vi har hatt en del episoder som bekymrer både kommunen og politiet.

Denne illustrerer også det problematiske med å etablere en god behandlingsrelasjon og få kontinuitet i helsehjelp slik at en kan få gjennomført en god utredning av psykisk helse og rusproblemer. Kontakten med legevakt kan være knyttet til umiddelbart rusbehov, abstinensproblemer, psykotiske eller subpsykotiske plager. Eller at eksempelvis politiet ønsket en avklaring om pasienten er ”alvorlig sinnslidende” eller ikke, og kan stå til ansvar for sine handlinger.

En nevner et mulig motsetningsforhold ved at spesialisthelsetjenesten definerer seg ut fordi pasienten ikke er motivert eller har nytte av behandling, mens kommunehelsetjenesten ser seg nødt til å gå inn med tiltak.

E: Det hører vi spesielt i forhold til rus, at de ikke kan nyttiggjøre seg behandling. I forhold til psykiatri får vi heller den at de har en psykisk lidelse, som de ikke motivert for å motta behandling. Typisk personlighetsforstyrrelser. Men som likevel krever at kommunen setter inn massivt med tjenester. Vi opplever at de både er til skade for seg selv og for andre.

Kombinasjonen av diagnosen personlighetsforstyrrelse, selvdestruktiv atferd og store vansker knyttet til å etablere en stabil behandlingsrelasjon virker å være en nokså typisk subgruppe av ”de unnvikende” slik informantene beskriver de.

I forsterket botilbud og ambulant arbeid utfordres helsearbeideren faglig og etisk med ulike former for selvdestruktiv avvisning. Pasienten har i prinsippet selvråderett og skal respekteres for sine valg selv om handlingene potensielt kan svekke psykisk stabilitet og medføre selvskade eller sosial desintegrasjon.

F: Hun bor i en bolig, hun har en bipolar lidelse, hun ruser seg og har vrangforestillinger. Hun har vært på tvungen observasjon. Hun skrives ut igjen med en gang fordi de ikke finner psykosen. Vi vet at hun er ”klin gærn”. Her har vi språket igjen! Hun truer og til dels slår ansatte i boligen. Hun tilrøver seg kontakt selv om hun egentlig ikke ønsker. En slags dobbelthet. Faller mellom flere stoler. Nå har hun sagt at hun ikke vil ha hjelp. Vi lever i et fritt samfunn. Hun har en behandlingskontakt ved DPS’et. Vi kan si: Da får hun leve i fred med sin galskap. Og spesialisthelsetjenesten er på banen for å vurdere galskapen. Men så sier ”læren”. Da er det hjelpen det er noe galt med. For den sier at de ikke lar seg avvise, de. Når pasienten sier å ”dra til dundas”, ja da drar vi til ”dundas” nå, men banker på døren igjen til tirsdag selv om

du ikke vil. Så får du avvise oss igjen tirsdag. Ikke sant? Det med forståelse av sykdommen som går på at avvisingen du gir hjelpeapparatet er destruktiv og veldig selvødeleggende, så de gir seg ikke.

Informanten har en metarefleksjon rundt faglig tilnærming på en konkret pasients atferd i forhold til hvordan selvdestruktiv atferd og avvising bør forstås og håndteres i kommunalt psykisk helsearbeid.

Oppsummert er beskrivelsene informantene gir, at ”de unnvikende” til forskjell fra ”de alvorlig syke” har et høyere funksjonsnivå, de har i stor grad dagliglivets ferdigheter og forståelse av samfunnets fungering, men at de har en ustabilitet i relasjonell fungering og er sårbar for misforståelser og opplevd avvising. De preges i mye større grad enn ”de alvorlig syke”, av ambivalens i relasjoner. De virker mer ytre styrt, mens ”de alvorlig syke” er mer indre styrt. ”De unnvikende” har vanligvis samtykkekompetanse og kan avvise hjelp, mens ”de alvorlig syke” er mer sårbar for overstyring fra helsepersonell og subgrupper som er underlagt tvunget vern.

5.1.3 ”De unge”

Denne gruppen er også løftet frem av informantene som en mulig undergruppe av utfordrende pasienter. Dette er unge mennesker med progredierende mistilpasning og funksjonssvekkelse i forhold til skole, arbeid og sosialt liv. Atferden kan være preget av økende sosial isolasjon og tilbaketrekning eller mer utagerende og grenseutprøvende atferd og ikke uvanlig økende rusbruk. De har nødvendigvis ikke noen lang historikk i forhold til helsetjenesten. Et mindretall har risiko for å utvikle en mer alvorlig psykisk lidelse. Gruppen fremtrer med eskalerende psykiske vansker og er mindre retningsstabile med livet sitt.

F: Det er i økende grad fokus på yngre brukere med mer sammensatt problematikk. Jeg er 18, skal flytte ut hjemmefra, mine hverdagsproblemer begynner å blomstre. Jeg har psykiatri problemer, rusproblemer, vanskelig å bo for meg selv, vet ikke hva jeg skal med skole, utdanning og jobb. Vi har ikke hatt så stor økning i antall brukere, men sammensetning av problematikk har vært veldig kompleks.

F: Vi snakker om forebygging hvor vi har en "nådetid". De kommer ut unge og har vært "drop outs" på videregående, er i faresonen, er på å gli med rus osv. Å klare å hjelpe dem ut i skole og arbeid. Individuell jobbstøtte (IPS) er bra her. Da klarer vi "catche" noen. Men de er også en utfordrende gruppe å nå. Der må vi jobbe tett med foreldre og nettverk.

Betydningen av tidlig intervensjon og å komme i samspill med skole, arbeidsplass, familie og nettverk vektlegges. De kollektive anstrengelsene for å komme i dialog og spesifikke individuelle tiltak (eks. jobbstøtte) er en viktig tilnærming.

Slike spesifikke tiltak fremheves av en annen informant i forhold til normbrytende og dyssosial atferd knyttet lovbrudd og rus.

B: Det er et tema at ungdom blir tatt av politiet for å ruse seg for eksempel eller har begått andre typer lovbrudd, og en mistenker at det er rus inne i bildet. Da kan de få gå på ruskontrakt istedenfor å bli tatt videre i rettssystemet. Det vil si at de må levere rusprøver med våre folk tilstede en gang i uka samtidig som de får samtale med psykisk helsearbeider. Familien får veiledning og familiesamtaler.

Dette er et frivillig tilbud og gjelder primært de som er tatt for bruk av illegale stoffer (eksempelvis cannabis) som er påviselig ved urinprøver. Informanten anfører at slik ruskontrakt har en viss legitimitet i ungdommens miljø og er mindre stigmatisering enn fryktet.

Grad av bakenforliggende psykisk lidelse i gruppen "de unge" er i et spenn "sub-avvikende" atferd med begynnende symptomer eller overforbruk av rus, til utvikling av alvorlig psykisk lidelse.

Det er paralleller til de "unnavvikende", men skiller seg ved sin unge alder og at de ikke har noen lang historikk med hjelpeapparatet eller nødvendigvis har noen psykisk lidelse, men at de er i sårbar og i risikogruppen for utvikling av psykisk lidelse. Det er en problemfylt overgang mellom ungdomstid og ung voksen som bekymrer helsepersonell og sosialt nettverk. Det er vanligvis et bekymret nettverk rundt "de unge", mens for "de unnavvikende" kan nettverket være "ubrent" eller distansert. I forhold til "de alvorlig syke" har denne gruppen vanligvis gode sosiale og kognitive evner, men kan ha en personlighetsmessig

umodenhet. Vanligvis er det mulig å forstå deres atferd ut i fra ytre miljømessige betingelser (eksempelvis familiebrudd, mobbing, manglende skolemestring). En liten subgruppe antas å være i utvikling av alvorlig psykoselidelse og mistilpasning til voksenlivet, og blir ung ufull. Helsemyndighetene har de siste 10-15 år hatt tidlig intervensjon som et satsningsområde for å komme tidlig inn i forløp med behandlingsforløp blant annet gjennom forskningsprosjektet ”Tidlig intervensjon ved psykoser” (TIPS).

5.1.4 ”De rusavhengige”

Ifølge informantene har denne gruppen en primær ruslidelse og trenger trolig spesialisert behandling for å bli rusfri. Denne gruppen har en primær ruslidelse og trenger trolig spesialisert behandling for å bli rusfri. De har hatt et langvarig rusmisbruk som har utviklet seg til rusavhengighet. Blant annet er dette pasienter som inkluderes i Legemiddelassistert rusbehandling (LAR). De er ofte i samspill med NAV og til dels rustjenesten i kommunen. De er ofte avhengig av kommunalt botilbud. Ikke uvanlig har de rusoppretholdende sosiale nettverk, utslitte familiebånd og fraværende prososiale vennenettverk. Enkelte kan ha supplerende angst- og depresjonsplager og andre psykiske lidelser, men rusavhengigheten er klart dominerende og medfører mye ustabilitet i forhold til å oppnå kontinuitet i kommunal oppfølging.

En informant peker på nødvendigheten av å assistere ”de rusavhengige” til forskjellige typer tjenester.

B: Spesielt rusavdelingen har jo en utfordring at de må følge brukerne til mange forskjellige tjenester. Brukerne er i varierende grad i stand til følge opp disse avtalene som de har med NAV, spesialisthelsetjenesten, tannlege. Rusavdelingen bruker nok mye ressurser på å følge brukerne til andre tjenester. I forhold til NAV er det klart at samarbeidsbehovet er stort. Vi utreder ett lavterskel botilbud til rusmisbrukerne nå fordi vi opplever at vi har mange eldre kronikere som etter hvert vil ha et større behov for omsorg fordi de også har somatiske utfordringer i tillegg. De har brukt fryktelig mange av de botilbudene som de har fått.

Foruten den praktiske oppfølgingen, er det utfordringen med svekket somatisk helse over tid og at en del av ”de rusavhengige” antageligvis er vanskelig å integrere i et bomiljø og tilpasse seg normal hverdagsfunksjon med egen bolig.

En informant peker på utilstrekkeligheten ved poliklinisk tilbud i forhold til pasientens rusavhengighet.

D: De er alright å prate med de med rusproblemer, men det er vanskelig. Du kan ikke tvinge noen. Poliklinisk tilbud kan du få, men det er ikke aktuelt når du er på kjøret. Da skal du være kommet langt om du klarer deg med en poliklinisk samtale i uken. De må ha mye mer.

Flere av informantene nevner at tilgang på døgnbaserte rusbehandlingstjenester er for dårlig eller ikke tilstrekkelig i forhold til pasientens behov.

C: Vi må få ned ventelisten på avrusing. Å måtte vente i 10 uker på å komme inn til avrusing når du har klart å oppdrive noe som helst motivasjon, er jo ille. Også får vi inn folk på behandlingsopphold, men ikke lange nok synes vi. For vi får inn folk, vi får det til, det klarer vi. Men med lang ventetid og for korte opphold.

Informantene fremhever også at de kan komme i et dilemma med hensyn til oppkjøp av private institusjonsplasser og sikre rask innleggelse, eller vente i håp om rask ledig plass gjennom spesialisthelsetjenesten. Ikke uvanlig kjøpes plasser og kostnaden fordeles mellom kommune og pasient eller pårørende. Her nevner også en informant en uheldig konsekvens av overføre pasient fra privat til offentlig behandlingsinstitusjon underveis i behandlingsforløpet for å begrense kostnad. Dette medførte et behandlingsbrudd og pasient kom inn i ”ruskjøret” på nytt.

Informantenes erfaring er at endringsprosessen for denne gruppen er tidkrevende. De som søker behandling vil ofte oppleve ett eller flere tilbakefall etter perioder med rusfrihet. Det som kjennetegner denne gruppen i forhold til de andre gruppene er deres langvarige rusavhengighet, ofte til illegale rusmidler og at deres hverdagsfunksjon og egenomsorg er sviktende. De fremtrer ikke med åpenbare psykotiske plager eller alvorlig psykisk lidelse som ”de alvorlig syke”.

5.1.5 "De lette"

Samhandlingsreformen peker på utvikling av en ny kommunerolle hvor folkehelsearbeid, forebygging og tidlig intervensjon prioriteres. Det forventes at kommunen skal utvikle en større bredde i sitt tjenestetilbud. Det skisseres at kommunen nå skal intervenere i forhold til lette til moderate psykiske lidelser som eksempelvis depresjon og angsttilstander, og generelt psykiske kriser for å forhindre sykdomsutvikling. Det er en antagelse om at hurtig, intensiv og korttids behandlingsintervensjon skal være tilstrekkelig. Mange kommuner legger en ramme på 5-7 konsultasjoner, men at dette vurderes individuelt. De terapeutiske tiltakene er ofte mestrings- og løsningsorientert, ofte basert på metoder innenfor kognitiv terapi og familieterapi.

En informant understøtter en slik behandlingsdifferensiering mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten hvor kommunalt psykisk helseteam tar kortvarige behandlinger for de med lette til moderate psykiske lidelser.

A: Det tenker jeg er bra. For å ta psykisk helseteam som per definisjon skal jobbe med lette til moderate lidelser. De er de eneste ekspertene vi har, de eneste psykologene vi har. Ofte og oftere ser vi at de også blir belemret med tyngre oppgaver, men tanken er at lette til moderate lidelser, inn tidlig, og kunne forebygge. Tenker at de har kjempekompetente på dette. Prøver å få til 5-6 møter med pasienten.

Informanten understøtter her teamets behandlingskompetanse i forhold til denne pasientgruppen. Vedkommende nevner også *tyngre oppgaver* og et mulig prioriteringsdilemma som utdypes og henviser til tyngre depresjon, angst og mulig tablettmisbruk.

A: Vi får en person første gang. Det kom en henvisning fra fastlegen, at det var en lettere depresjon, og at hun hadde mistet mannen sin. Så får vi ikke noe mer av opplysninger. Så avdekkes det da at etter to møter at her er det vanvittig mye, ikke så lett til moderate lenger. Dette har vi opplevd ofte. Det starter som en lett depresjon også går vi over til en mye tyngre depresjon eller angstlidelser i tillegg, kanskje et

pillemisbruk på si. Da har vi det gående. Kommer ikke langt på 5 ganger. Da må vi holde på 15 til 20 ganger. Dette er en utfordring å få god informasjon før de kommer inn til oss. Dette opplever også spesialisthelsetjenesten sikkert. Ting avdekkes etter hvert.

Det er ikke uvanlig at etablering av en tillitsfull behandlingsrelasjon og utforsking av psykiske plager og livsproblemer medfører en gradvis avdekking og mer informasjon enn det som opprinnelig ble tilkjennegitt i henvisningen fra lege. En viktig avklaring med nye opplysninger er om pasienten fortsatt kan håndteres kommunalt eller om lidelsen nå fremstår såpass alvorlig at det anses nødvendig å bruke spesialisthelsetjenesten.

En informant argumenterer for viktigheten av oppfølging for denne gruppen, men at de må nedprioriteres trolig på grunn av kapasitetshensyn.

B: En kunne nok hatt flere tjenester som kunne fanget opp de som er falt ut i sykemelding, de med lettere lidelsene, som kanskje ikke trenger langvarig oppfølging, men som er rett og slett trenger å finne det som hjelper de opp igjen. Så vi håper å få litt av midlene fra Helsedirektoratet. Det vil også hjelpe på vår venteliste. Denne gruppen blir nedprioritert hos oss nå.

Dette er et eksempel på en utilstrekkelig kapasitet kommunalt i det forebyggende arbeidet. Dette kan illustrere en diskrepans mellom samhandlingsreformens ambisjoner og realiteter i det psykiske helsefeltet. Midlene det refereres til, er prosjekt ”Rask psykisk helsehjelp” knyttet til utprøving av psykologer i kommunehelsetjenesten.

Samlet sett tilkjennega fire av informantene at det er en riktig prioritering at kommunehelsetjenesten har et behandlingsansvar for de med lette til moderate psykiske lidelser, hvorav to nevner at denne gruppen blir nedprioritert. To andre informanter som representerer de to små kommunene, svarer at de tar inn alle, og de reagerer raskt når de får henvendelser. Det synes å være en samstemt støtte for denne faglige differensieringen av behandlingsnivå, men at omfanget av hjelpesøkende, og behovet i forhold til kapasitet og rammer utfordres. Det hersker usikkerhet hos to informanter om pasienter mottar behandlingshjelp andre steder, som eksempelvis fastlege i andre kommuner eller privatpraktiserende behandlere.

”De lette” skiller seg fra de andre gruppene med at de har kriser og symptomplager, og kanskje en avgrenset psykisk lidelse, men de har vanligvis et godt funksjonsnivå inklusive arbeidsfunksjon og har kun temporært et redusert funksjonsnivå. ”De lette” responderer på undervisning om symptomforståelse (psykoedukasjon), avgrensede behandlingsteknikker og løsningsfokuserede tiltak.

5.1.6 Oppsummering av typisk utfordrende pasientgrupper

Det typiske for informantene er at ”de alvorlig syke”, ”de unnvikende” og ”de rusavhengige” er relativt begrenset i antall, men en krevende gruppe tidsmessig og ressursmessig i forhold til hjelpebehov. Det er utfordrende å skape gode pasientforløp, spesielt for den unnvikende og ”de rusavhengige”. Mens ”de alvorlig syke” og rusavhengige krever mye assistanse og oppfølging i forhold til helsehjelp, er ”de unnvikende” mer krevende oppmerksomhetsmessig og utfordrer særskilt helsearbeiderens personlige kompetanse siden de ofte fremstår med mye emosjonell kommunikasjon og ustabil tilknytningsevne. De har i mye større grad enn alvorlig syke og ”de rusavhengige” inntakte grunnferdigheter for å mestre hverdagen. Deres vansker ligger mer på ustabil sosial fungering og selvdestruktiv atferd. Jeg antar at disse kanskje er de mest krevende for helsetjenesten å forholde seg til på grunn av diskontinuitet i samhandling og volds- og suicidalrisiko. ”De unge” synes i følge informantene å være en nokså heterogen gruppe fra lett til omfattende mistilpasning og psykiske vansker.

Denne gruppeinndelingen er ikke kategorisk og avgrensende da det kan være glidende overganger i forhold til symptomer, diagnoser, og funksjonsnivå. Både psykisk lidelse og ruslidelse kan fluktuere i sykdomsintensitet. Selv om tjenestefeltet og lovverket fremhever viktigheten av individuell tilrettelegging og hjelp, kan en gruppeinndeling være nyttig og være en ”fruktbar” tilnærming til ulike gruppers behov, og hensiktsmessig faglig intervensjon forutsatt at den typologiske tilnærmingen er i gjenkjennbar for fagfeltet. Denne gruppeinndelingen kan da være nyttig som et kommunikasjons- og samhandlingsspråk blant kommunale ledere og annet helsepersonell. Denne masteroppgaven løfter på denne måten fram uformell kunnskap. På den måten kan slike uformelle, men virksomme, kategorier komme fram i lyset og i større grad nyttegjøres, eller kritiseres. Og med hensyn til at

kommunens helse- og sosialtjenester skal utvikles videre, både i forhold til planlegging og etablering av tiltak (forebygging og behandling) og faglige rutiner, må det nødvendigvis generaliseres frem grupper og populasjoner av pasienter som helsetjenesten må forholde seg til.

5.2 Fastlegenes rolle og posisjon

Jeg vil i dette resultatavsnittet løfte frem ledernes perspektiv på fastlegene som samhandlingsaktør i den psykiske helsetjenesten. Bakgrunnen er den viktige rollen fastlegene tillegges i samhandlingsreformen både i det forebyggende og kurative arbeidet med pasienter i kommunehelsetjenesten.

Utgangspunktet er hva lederne tenker om fastlegenes rolle og oppgaver i oppfølgingen av pasienter i lys av samhandlingsreformen og den nye fastlegeforskriften.

Jeg vil her først presentere noen perspektiver på ledernes forventninger og idealer til fastlegegruppen. Deretter vil jeg presentere erfaringer som indikerer at samhandlingen med fastlegene er fragmentert. Ut i fra helhetsinntrykket av informantenes svar, vil jeg forfølge to spor; a) grad av integrasjon eller isolasjon i samhandlingssonen mellom fastleger og kommunehelsetjenesten, og b) fastlegenes faglig gjennomslagskraft eller marginalisering i samhandlingssonen overfor spesialisthelsetjenesten. Jeg vil videre undersøke hvilke strategier lederne har for å kompensere for denne fragmentering. Avslutningsvis forsøker jeg å sammenfatte ledernes perspektiver på fastlegene i noen posisjoner som kan gi en forståelse for hvorfor pasientforløp blir gode eller dårlige, og hva som fremmer eller hemmer kvaliteten i samhandlingen med fastlegene.

5.2.1 Idealer og forventninger til fastlegene

Ledernes refleksjoner og forventninger til fastlegene vil slik jeg ser det, har betydning for hvordan kommunalt helsepersonell forholder seg til og bruker fastlegene i pasientoppfølgingen. De kan i hevd av sin rolle forme noen normative holdninger som har betydning for tverrfaglig samarbeid og samhandling.

En informant fremhever at fastlegene har en viktig rolle og at fastlegene selv kanskje ikke vet hvor viktige de er.

E: Jeg tenker de er veldig viktig. Jeg vet ikke om de vet hvor viktige de er. E tenker at både kommunen som sådan og fastlegene skal sikre og kunne ha et sterkt eierforhold til tjenesten og brukerne og ikke bare når de er her, men også når der inne i sykehuset. At de ikke slipper de, men følger de tett opp.

Her fremheves de i en autorativ posisjon med ønske om de involveres og har eierskap til både pasienten og til helsetjenesten. Dette impliserer også aktiv oppfølging når pasienten mottar behandling i spesialisthelsetjenesten. Den kommunale helsetjenesten ønsker at fastlegene er tett på i oppfølgingen.

En annen informant understøtter også viktigheten av å forstå og involvere fastlegene i samarbeid.

F: Hvordan forstår vi fastlegen? Punkt en. Han er livsviktig for pasienten. Punkt to. Han er døren inn til spesialisthelsetjenesten. Punkt tre. Han eller hun har ensomme og ansvarsfulle og veldig og store og vide roller og vår holdning bør være at vi trenger hverandre. De trenger også å ha noen å drøfte psykiske helseproblemer med rundt sine pasienter. Vi kan tilbys oss og vi kan komme dit og tenke alltid fastlegen, alltid fastlegen inn i nettverket. Det er vel hovedlinjene.

Her fremføres det hvilken stor betydning fastlegen har for pasienten. Dernest formidles et viktig perspektiv på fastlegens rolle dvs. et mentaliserende perspektiv ved å sette seg i den andres posisjon, ”å se den andre innenfra, å ta på seg fastlegens briller”. Det tredje er at helsepersonell skal tilby seg som en medaktør i pasientoppfølgingen overfor fastlegen. Dette impliserer at en alltid tenker fastlegen inn i tverrfaglig samarbeid.

Disse overordnede perspektivene synes å anskueliggjøre at fastlegene har en viktig rolle i den kommunale helsetjenesten. Det at alle informantene har erfaringer og tilkjenner erfaringer og refleksjoner rundt deres funksjon og rolle, som vil bli utdypet videre i dette resultatavsnittet, indikerer at gode pasientforløp ofte er avhengig av fastlegens involvering. Samtidig fremfører lederne erfaringer som indikerer at samhandlingen er av variabel kvalitet og fragmentert.

5.2.2 Fastlegene – en isolert eller integrert del av kommunehelsetjenesten?

Hvorvidt fastlegene er integrert eller isolert fra øvrig kommunal psykisk helsetjeneste, kan se på som et dimensjonalt kontinuum hvor både strukturelle, prosessuelle og individuelle faktorer har betydning hver for seg eller sammen. Jeg vil her fremføre noen av ledernes synspunkter som illustrerer tett samspill og god integrasjon, eller mangelfull samhandling som følge av at fastlegene er mer isolerte.

Samlokalisering fremheves av en informant som viktig for aktiv samhandling, og god integrasjon av fastlegene i pasientoppfølgingen.

E: Vi er heldig å ha fastlegene på huset her. Vi er lokalisert sammen. Sånt sett er vi et helsehus slik mange ønsker det. Både fastlegene, fysioterapeut, ergoterapeut, hjemmetjenesten, sykehjem., helsestasjon, alt fra ”vugge til grav nesten. Vi kan gå inn dit direkte på døra og de kan gå direkte inn hit. Terskelen er lav for samarbeid. Saker blir raskt avklart her. Vi kjenner hverandre godt her på huset. Vi trenger ikke å henvise og vente på svar og telefoner. Vi går inn og spør.

Her synes fastlegene å være en attraktiv samarbeidspart. Det er en stor grad av tilgjengelighet og lav terskel for kontakt. Et slikt samarbeid kan indikere god gjensidig kompetanseoversikt og god rolleforståelse. Denne typen samarbeid er ikke selvsagt eller innlysende ut i fra rammene (organisering, lokalisering, personkontinuitet, grunnforståelse i psykisk helsetjeneste, samhandlingskultur, kapasitet mer mer).

En informant fremfører at et nytt elektronisk meldesystem i journalsystemet bidrar til bedre samhandling.

F: Også har vi nå fått en del av fastlegene inn i bedre samhandling i hverdagen fordi vi har elektronisk meldings utveksling med fastlegene i journalsystemet. Det ruller og går nå. Så nå kan vi ikke lenger si at vi ikke får tak i hverandre. Jeg fikk et brev her om dagen fra en fastlege som var sterkt bekymret over en som flyttet ut av en bolig og skulle hjem til far og mor. Voksne mannen. Og masse nettverk med familieproblemer. For en fastlege svarer jeg elektronisk og fastlegen gjør det samme etter to dager. Så vi oppdrar hverandre litt. Vi hadde aldri fått den kontakten der med å stå på telefonen. Den hjelper oss.

Dette viser at ny teknologi bidrar til tilgjengelighet og samhandling og minker risikoen for hverdagsfrustrasjon og ”tidsspille”. Bruken av slike kommunikasjonssystem bidrar også til en disiplinering av samhandling.

I motsatt ende fremmes synspunkter som indikerer fraværende eller lite synlighet i tverrfaglig samarbeid. Dette kan gi konsekvenser i form av svak koordinering av helsetjenesten og dårlige pasientforløp, og bidra til fragmentering av både tjenester og informasjonsutveksling.

En informant fremhever at fastlegene nettopp den mangelen på ”synlighet” og deltagelse i kommunehelsetjenesten.

A: Vi hadde en liten rundt internt i kommunene hvor det var forskjellige meninger om hvor viktig fastlegenes rolle var. Kommuneoverlegen mente rollen deres var viktig. Tjenestekontoret mente den var elendig, ikke noe samarbeid i det hele tatt. Ute i tjenestene var de av og til på ansvarsgruppemøter for å få justert noe medikasjon, men ikke særlig mer enn det.

Fastlegenes deltagelse anses her som fraværende eller begrenset til ansvarsgrupper som ofte er knyttet til samarbeid rundt ”de alvorlig syke” pasientene. Denne erfaringen indikerer ikke at fastlegene kan ha og bør ha en viktig rolle, men at fraværet bidrar til å minimalisere deres rolle, enten ved at legene tiltar seg en tilbaketrukket posisjon eller ledelsen og helsepersonellet ikke har metoder for å involvere fastlegene. Denne problemstillingen er nærliggende for en annen informant som fremhevet mangel på samhandling og samkommunikasjon.

D: Hva er det som gjør at de ikke kommer, at vi ikke får ventelister. Vi burde hatt det. Pasientene er ikke her. De er kanskje hos fastlegen. Men når fastlegen heller ikke henviser. Det er ikke noe kommunikasjon. De skylder på at de ikke er tilgjengelige hele tiden, det er vanskelig å få kontakt. Det kan ligge noe i at de er ikke fornøyd med kommunene i sin helhet.

Konsekvensene viser at kommunen trolig har en lite brukt kapasitet i helsetjenesten, at fastlegenes tilgjengelighet er begrenset og antydninger om at fastlegene ikke er fornøyd med den kommunale psykiske helsetjenesten. Denne virkelighetsbeskrivelsen kan også innebære at det ligger uavklarte forventninger om hverandres deltagelse i pasientsamarbeid.

En informant poengterer at fastlegenes engasjement og aktivitet varierer.

B: Vi har noen fastleger som er veldig aktive og engasjerte på vegne av brukerne, men andre har det litt som at de ikke klarer å følge opp detaljert. Veldig ulikt.

Dette er trolig gjenkjennbart at fastlegene tross lik utdannelse og samme stilling, ikke utgjør en homogen gruppe. Dette kan ha med personlige engasjement, interesse og kompetanse. Det er også to andre informanter som nevner at fastlegene har et divergerende engasjement for fagfeltet. Et svakt engasjement fra fastlegen bidrar trolig til fragmentering.

Fastlegeordningen per se har også svakheter, noe en av informantene påpeker. Dette gjelder trolig kommuner i befolkningstette områder med begrensede geografiske avstander.

A: Vi har 1000 fastleger å forholde seg til. Det er også et problem. Alle kommunens borgere har ikke fastlege i vår kommune. Vi har folk med fastleger i andre kommuner osv. Så greit, vi kan godt samarbeide. Vi har en kjerne av fastleger i vår kommune, men de har ikke bare våre pasienter fra vår kommune, men også de utenfor.

Dette illustrerer en ikke ubetydelig utfordring i at pasienter med få unntak kan velge sin fastlege og at dette ikke nødvendigvis er en fastlege som bor i pasientens kommune eller kjenner den kommunale helsetjenesten der pasienten bor. Dette er en side ved organiseringen og strukturen i fastlegeordningen som kan bidra til en fragmentering.

Som tilleggsfaktorer nevnes også at fravær av samarbeid kan være knyttet til fagkompetanse på psykisk helse og rus, der to av informantene blant annet fremhevet ønske om egne fastleger innenfor rusfeltet. Kunnskapen om kommunehelsetjenesten og det lokale behandlingstilbudet

fremheves av en annen som mulig årsak til færre henvisninger kommunalt.

Samhandlingsrefusjoner til fastlegen nevnes også som en mulighet ved fravær fra samhandlingsmøter.

Oppsummert er det ifølge informantene en rekke faktorer som kan bidra til en fragmentering av fastlegens involvering. Denne fragmentering kan være knyttet til organiseringen av fastlegene, personlig engasjement, interesse og kompetanse knyttet til psykisk helse og lidelser, uavklarte forventninger, nedprioritering av kommunalt samarbeid, mangel på gode kommunikasjonsverktøy og samarbeidsrutiner, lokalisering i forhold til psykisk helsetjeneste mer mer. En ikke uttalt, men viktig rammefaktor, er at fastleger med fulle pasientlister er mer presset med hensyn til tilgjengelighet og tid for samhandlingsmøter med og uten pasient.

5.2.3 Fastlegen – marginalisert overfor spesialisthelsetjenesten?

Vi vet ut i fra statistikk og rapporter at et ikke ubetydelig antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten blir avslått i forhold til alvorlighetsgrad, nytte og kostnadseffektivitet som er de tre kriteriene som beslutningen hviler på (Riksrevisjonen, 2009). En informant nevner at dette nylig ble drøftet med kommuneoverlegen.

C: I hvert fall en problemstilling som vi tok med kommuneoverlegen i forrige uke er at når det gjelder henvisninger fra fastlegen til spesialisthelsetjenesten, blir de ofte avvist. Vi opplever at de henviser til spesialisthelsetjenesten og oss samtidig. Det er ikke vits i å vente på en måte fordi de blir avvist. Det andre er at hadde jeg vært fastlege, hadde jeg følt at jeg ikke ble tatt på alvor. Jeg tror det.

Denne beskrivelsen tyder på at fastlegen forståelse av inntakskriteriene til spesialisthelsetjenesten ikke samsvarer med de faglige vurderingene i spesialisthelsetjenesten. Fra informantenes perspektiv ser det ut til at fastlegene kompenserer med samtidig henvisning til kommunal psykisk helsetjeneste, noe som ikke understøtter en faglig riktig oppgavefordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten slik myndighetene legger opp til, og som er nedfelt i fastlegeforskriften (2012). Denne informanten setter også ord på en mulig detronisert fastlegeposisjon ved ikke å bli tatt alvor.

En annen informant tenker at DPS får en del henvisninger fra fastlegene fordi de ikke kjenner det kommunale tilbudet godt. Denne oppfatningen kan indikere en hvis vilkårlighet i adressen for henvisningen og øke risikoen for avslag i spesialisthelsetjenesten.

Dette inntrykket støttes også av en annen informant som formidler at leger lar være å henvise på grunn av forventet avslag.

D: Mange leger som ikke synes det er vits i å søke inn fordi de ikke får plass. Det blir jo helt feil. De er for frisk eller for dårlig til behandling. Da er det kommunen sitt ansvar. Slik er det bestandig.

Denne beskrivelsen tyder på at både fastlegene og den psykiske helsetjenesten er i en fastlåst posisjon uten mulighet for gjennomslag for de pasientene som er aktuelle for henvisning til DPS. Denne informanten etterlyser også bedre kommunikasjon og samarbeid med fastlegene, noe som indikerer at fastlegene i denne kommunen er nokså isolert både vertikalt (spesialisthelsetjenesten) og horisontalt (innad kommunen). Denne situasjonen indikerer at fastlegene sjeldent henviser pasienter videre innenfor det psykiske helsefeltet. En informant nevner også muligheten for at avslagene er knyttet til at henvisningene sikkert ikke er veldig utfyllende.

I forbindelse med pågående pasientforløp i spesialisthelsetjenesten og i forbindelse med utskriving er det ingen indikasjon i tilbakemeldingene fra informantene på at fastlegene er involvert i denne prosessen. Slik jeg vurderer dette, er det mulig at fastlegenes involvering etter utskriving utelukkende er knyttet til hva spesialisthelsetjenesten forslår av videre oppfølging i oversendt epikrise. I forhold til ”de alvorlig syke” er det sannsynlig at det vil foreligge en individuell plan og en ansvarsgruppe som fastlegen involveres i.

Oppsummert tyder ledernes tilbakemelding på at enkelte fastleger er marginalisert av spesialisthelsetjenesten og dette medfører en fragmentering som forringer muligheten for gode pasientforløp og kvaliteten i brukermedvirkning. For pasienten blir dette en belastning å ikke vite hva som vil skje videre, med ytterligere ventetid og usikkerhet.

5.2.4 Ledernes kompenserende strategier for å motvirke fragmentering

Disse kompenserende tiltakene som lederne gjør, er ikke nødvendigvis eksplisitte og bevisste strategier, men i mange tilfeller er de målrettet og hensiktsmessige for å oppnå best mulige resultater for pasienten. I mitt analysearbeid av intervjuene fremtrer de som interessante og medfører økt samhandling og gjensidig avhengighet mellom psykisk helsetjeneste og fastlegene.

En informant beskriver hvordan de understøtter fastlegen med et tilleggsnotat som vedlegg til fastlegens henvisning og at de da alltid får gjennomslag for inntak i spesialisthelsetjenesten.

C: Også tar vi inn folk, det gjør vi alltid. Så skjønner vi, det kan være vi skjønner allerede ved henvisningen, at det er ikke her pasienten skal gå. Den skal ha ett spesialisthelsetjeneste tilbud. Det vi da gjør da, så tar vi de inn til noen samtaler. Så skriver vi et vedlegg til fastlegen til ny henvisning. Da kommer de inn. Kan ikke huske at de har fått avslag der vi har skrevet vedlegg til henvisningen.

Denne informanten at en slik tilbakeføring med vedlagt notat skjer selektivt i forhold til deres faglige vurderinger. Disse pasientene har ofte problemstillinger knyttet til belastende barndom og traumer. Informanten formidler også at helsetjenesten tar seg tid til en times konsultasjon, kanskje tre konsultasjoner og at de får tilgang på mye vesentlig informasjon. Dette er ifølge informanten ofte ikke tilfelle for fastlegen som angivelig ikke har tid selv om fastlegen kanskje har kjent pasienten over lang tid. Denne måten å kompensere for fastlegens utilstrekkelighet tidsmessig eller eventuelt kompetansemessig kan også være en hensiktsmessig arbeidsfordeling innad kommunehelsetjenesten, men det aktualiserer også en problemstilling om fastlegen tar seg nok tid til kartlegging og førstegangsutredning når pasienten har psykiske plager. Dette kan eksempelvis være en ”dobbelkonsultasjon” eller hyppige avtaler for å avklare aktuell status. Det skal også anføres at i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner, skal *lokale løsninger være prøvd før henvisning til spesialisthelsetjenesten* (Helse- og sosialdirektoratet, s. 93).

I forbindelse med etablering av et psykisk helseteam i en kommune hvor pasienter kunne henvise seg selv, fikk de større etterspørsel enn det de kunne tilby. Dette resulterte i ventelister og vurdering i forhold til hvilke prioriteringstiltak de kunne gjennomføre.

B: Men det vi gjorde for noen år siden var at man hadde egne lavterskeltilbud for psykisk syke. Så fikk vi flere henvisninger enn vi kunne ta imot slik at vi måtte lage prioriteringer for hvem vi skulle ta inn. Så ble det slik at henvisninger skulle gå via fastlege rett og slett for at fastlegene skulle komme på banen i forhold til sine pasienter. Nå opplever vi nok som et sjakktrekk som har fungert.

Dette tiltaket hadde effekt fordi kommunen systematisk involverte fastlegen i slike pasientforløp og de fikk en viktig rolle i tilstandsvurdering og seleksjon. Tiltaket hadde trolig potensialet til å skape en større grad av eierskap hos fastlegen i det videre pasientforløpet. Fra et brukerperspektiv vil jeg anta det er delte meninger fra at tiltaket er unødvendig byråkratisk til en opplevelse av positiv tverrfaglig involvering.

En leder synes å vektlegg et holdningsrettet og mentaliserende ("å ta på seg legens briller") perspektiv på fastlegenes virksomhet.

F: Prinsipielt sett går det på som vi snakker internt på her, så går det på å forstå at vi som driver med vår virksomhet forstår fastlegens hverdag. Som går på at vi må slutte snakke om at fastlegen sitter seg på sin høye hest og ikke kommer på møter. Det kommer i noen tilfeller av samhandlingsrefusjoner, men de kommer hvis vi begrunner det godt nok. Så får vi dra ut til dem da og så får vi informere og forstå at fastlegens rolle er litt for mye verdt til å være en ensom ulv. De trenger kollegial støtte. Så internt må vi ta tak og se på våres holdning til fastlegen. Feie for egen dør. Det er mitt utgangspunkt som leder.

Hvis dette kommuniseres ut i tjenesten til medarbeidere, kan det trolig legge en demper på hverdagsfrustrasjon og negative samspillserfaringer med fastlegene. Dette fordrer slik jeg ser det, en proaktiv leder som er påpasselig med å korrigere negativ og emosjonelt ladet kommunikasjon om fastlegene, være et "talerør" for fastlegene og motivere medarbeidere for stadig å tenke fastlegen inn i form av medinvolvering. Det at lederen også fremhever at samhandlingsmøter må være godt begrunnet, utfordrer også medarbeiderne til å tenke gjennom samhandlingsbehov reflektert og individuelt. Det at den psykiske helsearbeideren er selektiv i behovet for å involvere fastlegen i møte og således gir begrepet "Best effektive omsorgsnivå (BEON) et konkret innhold i forhold til ressursbruk.

Noen ledere virker bevisst på å utnytte kommunikasjonsverktøy og å skape en positiv samhandlingskultur med fastlegene. Bruk av elektronisk meldesystemer er nevnt. Det å

etablere en lav terskel for uformell kontakt som eksempelvis i det tilfelle hvor fastlegene er samlokalisert med psykisk helsetjeneste, bidrar til å redusere ”samhandlingsstøy” og fragmentering.

Enkelte av informantene fremhever kommuneoverlegen som en mulig ressurs inn mot fastlegene. Kommuneoverlegen er kommunens medisinske faglige rådgiver og har en lovregulert rolle på flere områder som eksempelvis folkehelsearbeid, smittevern, lov om psykisk helsevern i forhold til etablering av tvang med mer. Kommuneoverlegen kan ha en viktig samordningsfunksjon inn mot fastlegene i forhold til sin faglige legitimitet. En informant fremhever at en fulltidsansatt kommuneoverlege har medført økt informasjonsformidling til fastlegene gjennom fastlegemøter.

C: Vi har det etter at vi fikk kommuneoverlege ansatt på nyåret så har det vært et allmennlegeutvalg og et fastlegemøte hvor jeg har vært med. Så det er veldig bra. På de 4-5 årene før har jeg vært på et møte. To minutter informasjon. Nå har det vært veldig bra siste året. Men dette er fordi overlegeressursen har blitt lagt på 40 % til 100 %. Det kan være at det henger sammen med samhandlingsreformen, men det vet jeg ikke sikkert.

De fleste kommuner synes å ha et allmennlegeutvalg eller samarbeidsutvalg som blant annet planlegger fastlegemøter vanligvis 2 til 4 ganger per år. Det er her åpning for at psykisk helsetjeneste kan melde inn behov og delta. Dette gjøres i vekslende grad. En informant formidler negativt at det er dårlig oppmøte på disse fastlegemøtene i sin kommune. En annen informant sier at de skal ta kontakt med kommuneoverlegen for å etablere faste treffpunkt med fastlegene. Også her er stillingsprosenten for kommuneoverlegen økt. Tiltross for vekslende erfaringer, så representerer kommuneoverlege, allmennutvalg/samarbeidsforum og fastlegemøter en struktur som kan være en ressurs for å motvirke fragmentering og marginalisering av fastlegenes rolle i det psykiske helsefeltet.

Oppsummert viser informantenes besvarelser at de både eksplisitt og bevisst, og noen ganger indirekte og tilfeldig iverksetter tiltak som kompenserer for denne fragmenteringen av fastlegene gjennom henvisningssamarbeid, rutinemessig involvering av fastlegene, proaktivt holdningsskapende arbeid, utnytte fastlegestrukturen og utvikle bedre kommunikasjonsrutiner med fastlegene. Det er tydelige forventninger om at elektronisk meldesystem og ny teknologi skal bedre samhandlingen med fastlegene.

5.2.5 Oppsummering – fire ulike fastlegeposisjoner

Informantenes svar gir et innblikk i fastlegens rolle og funksjon som sammensatt, og hvor både kvalitet i pasientsamarbeid, interesse og kompetanse for psykisk helse og uhelse, og samhandlingsaktivitet overfor kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste varierer. Ledernes erfaringer indikerer at fastlegene kan være i en utsatt posisjon i forhold til faglig innflytelse og påvirkning av pasientforløp.

Jeg har ut i fra de inntrykk intervjuene har gitt meg, prøvd å sammenfatte disse ledernes erfaringer av fastlegene i fire ulike typer posisjoner som et utgangspunkt for å forstå hvorfor samhandling og pasientforløp fungerer eller ikke fungerer. Jeg har sammenfattet dette i en tabell for å gi en god oversikt. Det kan ikke sies å være kategoriske posisjoner, og det vil trolig være glidende overganger, men likevel implisere en slags ”diagnostisk posisjon” som utgangspunkt for videre undersøkelser og analyser.

Fastlegeroller sett fra et kommunalt mellomlederperspektiv	Isolert i forhold til kommunehelsetjenesten	Integrert i forhold til kommunehelsetjenesten
Marginalisert av spesialisthelsetjenesten	1	2
Harmonisert bruk av spesialisthelsetjenesten	3	4

Posisjon 1 antas å være den lite synlige og delaktige fastlegen som unntaksvis er med på samarbeidsmøter og er lite tilgjengelig for samhandling. Fastlegen er også tilbakeholdne med å henvise og bruke kommunale psykiske helsetjenester. Kanskje er fastlegen lokalisert utenfor hjemkommunen til pasienten og er dårlig kjent med hjemkommunens helsetilbud. Denne fastlegen bruker psykisk helsevern lite og erfarer at avslag på henvisninger til spesialisthelsetjenesten er en reell problemstilling. Denne posisjonen øker risikoen for at pasientens psykiske lidelse ikke avdekkes eller kartlegges. Unntaksvis forsøker fastlegen å behandle pasienten selv.

I posisjon 2 har fastlegene de samme utfordringene i forhold til spesialisthelsetjenesten, men bruker i stedet kommunal psykisk helsetjeneste for bistand, utredning og behandling. Fastlegen gjør seg tilgjengelig for ”lavterskel samarbeid” og oppleves å være involvert i pasientforløp og behandling. I denne posisjonen øker sjansen for koordinert pasientsamarbeid lokalt, men fastlegen mangler faglig gjennomslagskraft i forhold til spesialisttjenestemedvirkning.

I posisjon 3 har fastlegen en god forståelse for de prioriteringer spesialisthelsetjenesten foretar, og klarer gjennomgående å få vedtak om rett til helsehjelp for sine pasienter. De har god seleksjon i forhold henviste pasienter, god henvisningskvalitet og ved behov foretar drøftinger med spesialisthelsetjenesten om henvisning er aktuell. Jeg antar at fastlegen i denne posisjonen benytter kommunehelsetjenesten i liten grad dels fordi han ikke kjenner kommunen, dels har en oppfatning av at det ikke drives aktiv behandling i kommunen, og dels at kvaliteten på behandling i kommunen ikke er god nok slik fastlegen vurderer dette. Fastlegen benytter privatpraktiserende avtalespesialister eller behandler selv de pasientene som ikke er aktuell for spesialisthelsetjenesten. Fastlegen benytter derfor i stor grad vertikal henvisning til spesialisthelsetjenesten fremfor horisontal henvisning til kommunehelsetjenesten

I posisjon 4 beskrives som en idealtypisk foretrukket posisjon slik jeg ser det. Fastlegen har en godt kvalifisert oppfatning av riktig behandlingsnivå som er ”forventnings-kalibrert” og avklart med faglig ledelse, som kan være avdelingsledere kommunalt og inntaksansvarlige i spesialisthelsetjenesten. Fastlegen bruker både pasientmøter, telefon og elektronisk meldesystem for å koordinere pasientforløp, både i forkant av beslutninger og i forløp. Fastlegen er godt kjent for faglige samarbeidsparter og involverer seg i faglige nettverk og er opptatt av å etablere gode samhandlingsrutiner som er effektive og skaper gode pasientforløp.

Med unntak av posisjon 4, impliserer de andre posisjonene en type fragmentering og problemer for kommunale mellomledere som kan forringe kvaliteten i pasientforløp, hindre tilgang på riktig behandlingshjelp og svekke samhandlingsaktiviteten som er nødvendig for beste effektive behandlingsforløp.

Beskrivelsen og definisjonen av disse posisjonene er ikke en ”empirisk sannhet”, men bygger på de svarene som lederne gir og mine tentative slutninger for hvordan fastlegene i disse ulike posisjonene tar kliniske beslutninger og handler.

5.3 Spesialisthelsetjenestens rolle og posisjon

I dette resultatavsnittet vil jeg fremlegge ledernes erfaringer og perspektiver på spesialisthelsetjenesten og etterspør deres forventninger til spesialisthelsetjenesten oppgaver og rolle i lys av samhandlingsreformen. Dette med utgangspunkt at spesialisthelsetjenesten er tillagt et betydelig samhandlingsansvar i ”å sørge for” og understøtte kompetanseutvikling i kommunehelsetjenesten, samt bidra til koordinerte og gode pasientforløp, og dermed flyt i behandlingslinjen.

For bedre å kunne forstå ledernes synspunkter og noen av samordningsvanskene de fremfører er det viktig å ha en viss oversikt over organiseringen i spesialisthelsetjenesten. Psykisk helsevern er som regel organisert i en egen klinikk eller divisjon med tilhørende avdelinger og enheter. Denne strukturen forstås som en ”søyleorganisering” med egne sidestilte avdelinger i en hierarkisk organisasjonsstruktur. Vanligvis er det avdelinger for DPS, Rus og avhengighet og akuttavdelinger. Det er akuttjenester, og ordinær utredning/behandling, enten poliklinisk eller døgnbasert.

Jeg vil her først presentere informantenes positive erfaringer med spesialisthelsetjenesten. Dette for både å nyansere og få en balanse i forhold til de mer negative erfaringene lederne har i samhandlingssonen, og som presenteres dernest. Disse vil omhandle beslutningsprosessene i spesialisthelsetjenesten og informantenes opplevelse av manglende samordning internt, og de konsekvenser dette har for kommunehelsetjenesten. Her vil jeg forsøke å sammenfatte ledernes svar i en meningsbærende ønsket idealposisjon, den **”idealtypiske spesialisthelsetjenesten”**, slik informantene ønsker at tjenesten skal fungere . En slik oppsummerende beskrivelse av en ønsket ”idealtypisk spesialisthelsetjeneste” kan bidra til en organisatorisk selvrefleksjon i forhold å se seg selv utenfra. En slik tilnærming kan bidra til konstruktiv praksisjustering i forhold til et ”diagnostisk” utgangspunkt, både i forhold til hvordan spesialisthelsetjenesten bør innrette seg i forhold myndighetens føringer gjennom samhandlingsreformen, men også hva kommunehelsetjenesten bør forvente seg eller ønsker av spesialisthelsetjenesten.

5.3.1 En samspillende utadrettet spesialisthelsetjeneste

På noen områder synes spesialisthelsetjenesten å levere tjenester, spesielt i form av pasientrettet veiledning til kommunehelsetjenesten. Denne typen veiledning anses viktig i et myndighetsperspektiv for å bidra til at kommunehelsetjenesten kan levere gode helsetjenester til sine innbyggere.

Tre informanter fremhever imøtekommenhet i form av pasientrettet veiledning.

C: I psykiatriboligen er det en stor forståelse i DPS for at veiledning trenger vi. Først så er det den ene beboeren, så etter ett år flytter det inn i en ny og da trenger vi veiledning, og det får vi. Vi trenger ikke krangle, de kommer bare.

Pasientrettet veiledning er en lovfestet plikt og det er kommet presiserende rundskriv fra Helsedirektoratet (2013) om hvordan plikten skal forvaltes av spesialisthelsetjenesten.

Overnevnte kommentar indikerer at DPS har en rolleforståelse som impliserer at spesialistkompetansen skal ut i den kommunale helsetjenesten i form av veiledning.

En annen informant fremhever også tilgang på undervisning og kurs, og et antatt direkte samarbeid inn mot familier.

E: Men jeg opplever at DPS`et gir mye tilbake, de tilbyr oss opplæring, veiledning, kurstilbud i psykoedukativ terapi som teamet er med på. Da kan de jobbe sammen i grupper. DPS og kommunen inn mot familier.

Denne typen samarbeid understøttes også av en annen informant som har hatt god nytte av å bruke DPS i nettverksmøter, blant annet også som møteleder.

Tre av informantene referer til gjennomgående positive erfaringer med bruk av ACT team. Teamene kjennetegnes med tverrfaglig ambulant arbeid overfor ”de alvorlig syke”. ACT teamene er interkommunale og delfinansiert av både spesialisthelsetjenesten og flere kommuner sammen. ACT team har i utgangspunktet en unik organisering og tar i stor grad et totalansvar for pasientens behov. Behandler følger vanligvis et fåtall pasienter (”caseload” på 8-10 pasienter). En informant nevner eksplisitt at de forventer mer av tilsvarende metodikk gjennomgående i spesialisthelsetjenesten.

E: Og så tenker jeg at slik sykehuset jobber og innstiller seg i forhold til samhandlingsreformen, at de skal jobbe tett ut med brukerne og i samarbeid med kommunene, at de bruker spesialistene helt ut slik vi ser i ACT- team jobbing. Så må vi finne det skjæringspunktet, det er en utfordring, hva som er sjukehuset og hva som ikke er det? Hva er behandling, når slutter sykehusets behandling, og hva er kommunal behandling?

Denne betraktningen sier noe om de positive erfaringene med ambulant metodikk og delt eierskap organisatorisk mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Etablering av ACT team har ifølge en informant bidratt til bedre gjensidig forståelse på tvers av nivå og bedre samarbeid. Overnevnte peker også på at det psykiske helsefeltet trenger noen avklarende definisjoner på behandling i forhold til behandlingsnivå, tilsvarende behovet for å definere hva som ligger i begrepet utskrivingsklar.

Informantenes ”**idealtypiske spesialisthelsetjenesten**” med DPS i front yter pasientrettet veiledning og bidrar med kompetansehevende tiltak til helsearbeidere i kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten arbeider tett og integrert med kommunehelsetjenesten overfor ”de alvorlig syke” og ”de unnnvikende”, gjerne utadrettet og ambulant. I motsatt fall får en segregert og lite samordnet helsetjeneste med risiko for brudd i behandlingsforløp og dårlig kvalitet på tjenester helt ut til pasienten.

5.3.2 Inkonsekvante og ensidige beslutningsprosesser i spesialisthelsetjenesten?

Flere av informantene forteller om faglige beslutninger i spesialisthelsetjenesten de opplever som uforutsigbare, dårlige begrunnet eller uforståelige for kommunehelsetjenesten.

En informant påpeker de vurderinger og prioriteringer som gjøres ved rettighetsvurderinger av henviste pasienter.

C: Vi forstår ikke alltid prioriteringene eller vi forstår ikke hvorfor noen får plass og andre ikke? Vi skjønner ikke alltid de vurderingene som blir gjort? Og vi blir ikke tatt med på råd.

Ut i fra Lov om pasient- og brukerrettigheter og supplerende prioriteringsforskrifter innenfor blant annet psykisk helsevern for voksne og barn, skal spesialister fatte beslutninger om hvilke helsehjelpsrettigheter pasienter har. Beslutningsgrunnlaget kan variere, hvor henvisningskvaliteten og spesialisthelsetjenesten erfaringer med tidligere utrednings- og behandlingsforløp er av stor betydning for kvalitet i vurderingen. Ut i fra foreliggende informasjon foretar en spesialist, som oftest med faglig støtte en beslutning basert på faglig vurdering. Overnevnte informant påpeker nettopp kvaliteten i denne faglige vurderingen, både begrunnelsen for vedtak og om denne vurderingen og begrunnelsen blir kommunisert ut til kommunehelsetjenesten på en informativ måte.

Tre informanter påpeker at pasienter skrives for raskt ut og at overlegers vurderinger er mer personbetinget og da trolig mindre fagfundert enn kommunehelsetjenesten forventer.

E: Vi tenker at de er altfor rask med å skrive ut. Sykehuset kjenner ikke målgruppa i kommunen og vi kjenner ikke godt nok hvordan sykehuset tenker og jobber. Så er det veldig tilfeldig ofte at det er overleger som vurderer det slik og slik, og andre overleger vurderer det på en annen måte. Så ønsker vi mer informasjon i forhold til de vurderingene som gjøres i sykehuset. Det er viktig med en tett dialog.

Dette indikerer at spesialisthelsetjenesten ikke fremtrer enhetlig noe som kan svekke legitimiteten til spesialisthelsetjenesten faglige vurderinger. Informantene vil over tid få en akkumulert erfaring med spesialisthelsetjenestens beslutninger i pasientforløp, og dermed etablere normer for kvalitet i beslutninger og hva de mener er gode eller dårlige beslutninger.

Informanten fremmer et behov for tettere dialog trolig for å etablere en omforent forståelse for utskrivningen og videre faglig oppfølging.

En informant fremfører ”et case” hvor kommunen har investert over to millioner kroner, en betydelig sum i oppfølgende tiltak overfor en alvorlig syk pasient, og hvor en kortvarig akuttinnleggelse ikke ansees formålstjenlig og nærmest bortkastet.

F: Men for at disse ideene skal funger så er det rask innskriving. Først skrives pasienten inn på akutt når det skjer noe og han er grensepsykotisk eller psykotisk og angriper med kniv. Da må han i hvert fall være 14 dager. To dager betyr ingenting, da kan en la være. Likevel er det en overlegemakt der som kan si det at på tross av løpet som er lagt med masse ressurser, spesialister og opp og ned, han skal ut om 2 dager.

Vedkommende stiller spørsmål ved den samlede ressursutnyttelsen og retter søkelyset på hvordan overlegene fortolker pasientens tilstand og behov.

F: Vi stiller opp med våre ressurser, vi gjør våre feil og alt det der. Men den maktfaktoren som ligger i akkurat dette; "Du fortolker regelen slik, psykisk helsevern lov slik. Du kan skrive ut pasienten, men det er ikke nødvendigvis en objektiv fasit, du har et vurderingsgrunnlag. Du kunne holdt en annen person i et annet tilfelle 10 dager på observasjon og ventet til symptomene visste seg, men du skrev han ut etter to dager og har knapt sett personen selv og ikke vært der i helgen.

Det påpekes av informanter at spesialisthelsetjenesten har en definisjonsmakt og at denne makten kan innebære en overstyring som ikke er tjenlig i forhold til gode pasientforløp og gode overføringer på tvers av behandlingsnivå. Overnevnte informant etterlyser mer tverrfaglige vurderinger i utskrivingsprosessen og klageadgang ved utskrivinger som kommunehelsetjenesten er uenig i.

F: Jeg tror på at det må være en kultur for og som jeg kan konkretisere også, at vi tørr å melde avvik på hverandre. At vi tørr å adressere avvik, gode venner er ærlige mot hverandre, at vi tørr å adressere hva vi egentlig mener.

Dette kan være kritikk mot kommunen for manglende tilrettelegging i botilbud og boveiledning, og det kan være kritikk på "premature" utskrivinger i spesialisthelsetjenesten, ifølge informant. Vedkommende vektlegger at avviksmeldinger noen ganger er et nødvendig grep for å bedre pasientforløp og samhandlingspraksis. Intensjonen er å bruke avviksmeldinger konstruktiv og unngå en form for avmaktsorientert og tidssløsende byråkrati. Dette vil implisere at det er en grunnleggende tillit mellom tjenestenivå. Dette fordrer slik jeg oppfatter informantens stemme en gjensidig vilje til å skape åpenhet, dialog og en løsningsorientert tilnærming i forhold til pasientens behov. Da kan avviksmeldinger virke korrigerende på praksis, om mulig bidra til en reflektert praksis, kvalitetsutvikling og styrket samhandling. Men avviksmeldinger kan unngås dersom dialogmulighetene benyttes og de faglige beslutningene har legitimitet i helsetjenesten uavhengig av tjenestenivå.

En annen informant fremfører også problemstillinger knyttet til utskriving og begrepet "utskrivingsklar".

B: Når er vedkommende utskrivingsklar? Hva må være på plass? Fordi når vi får PLO melding, er de ganske tynne. Vi opplever dem ikke som en reell henvisning til vår tjeneste. Det vi gjør, er å ringe for å etterlyse mer informasjon, men det er tildels en heldagsjobb å få tak i noen i foretaket som kan svare for pasienten. Nå har vi nettopp startet med disse e-meldinger, at det kan lette kommunikasjonen litt.

Dette illustrerer viktigheten av god informasjonsformidling ved overføring til kommunehelsetjenesten og tilgjengelighet for informasjonsinnhenting i spesialisthelsetjenesten. Det eksisterer ikke noen klar og tydelig god definisjon eller omforent faglig forståelse for utskrivingsklar i spesialisthelsetjenesten. En av informantene nevner at det er igangsatt en arbeidsgruppe i Helsedirektoratet med formål om å definere hva som er den utskrivingsklare pasienten.

En informant påpeker beslutninger i DPS som blir tatt isolert uten å rådføre seg med kommunehelsetjenesten.

C: Så kan det vel være at DPS legger klare føringer for hva kommunen skal gjøre når de avslutter pasienten. Og det er dumt. Det er kommuner som skal vurdere hva de skal gi av tjenester.

Intervjuer; Hva slags føringer tenker du konkret?

C: Vi har opplevd at dem har fortalt at de skal ha praktisk bistand og opplæring, støttekontakt, og samtaler for eksempel, og sagt at det får du, det får du av kommunen når du kommer hjem. Så gjør du kanskje ikke det. Kanskje får du støttekontakt. Det legges noen føringer og det skapes noen forventninger som ikke innfris.

Intervjuer: Det vil si at de ikke har avklart det i forkant eller drøftet det med dere på forhånd?

C: Det er noe som har foregått mellom behandler og pasient.

Dette illustrer manglende forventningsavklaring og samhandling med kommunehelsetjenesten i forkant av utskriving, og at behandler i spesialisthelsetjenesten kan strekke seg langt i å definere oppfølgingstiltak basert på deres vurdering av pasientens behov. En slik definisjonsmakt mangler juridisk legitimitet ettersom kommunehelsetjenesten selv definerer omfang og type tjenester ut i fra sin vurdering av pasientens behov. I denne vurderingen

tillegges spesialisthelsetjenestens anbefalinger betydning, men den gir ikke grunnlag for å overstyre kommunehelsetjenestens autonomi.

Informantenes ”**idealtypiske spesialisthelsetjenesten**” er i dialog med kommunehelsetjenesten før beslutning om utskriving foretas. Kommunehelsetjenesten har informasjon om pasientens tilstand og behov før utskriving. De gir transparente og begrunnede faglige vurderinger som gir faglig og juridisk legitimitet. Disse vurderingene kan forstås av kommunehelsetjenesten selv om de ikke er enige i beslutningen om utskriving. Dette gjelder også henvisninger som blir avslått. Det bør være korrigeringsmuligheter eller klageadgang når kommunehelsetjenesten åpenbart oppfatter beslutninger som feilaktige. Dette ønskes imøtegått med dialog fremfor lukking av kommunikasjon. Med mindre det er åpenbart at kommunehelsetjenesten svikter med ressurstilførsel i forhold til pasientens behov, eller tilrettelegging for kompetanseheving til personalet, skal de godkjenne når spesialisthelsetjenesten har gjort tilstrekkelig kompetanseoverføring slik at de selv kan gi et godt tilbud videre kommunalt. Dette gjelder spesialist ”de alvorlig syke” og ”de unnnvikende”.

Spesialisthelsetjenesten kan definere pasientens hjelpebehov, men ikke hvilke kommunale tjenester de skal ha med mindre det er en eksplisitt og omforent beslutning fattet sammen med kommunehelsetjenesten.

5.3.3 Snakker spesialisthelsetjenesten sammen?

En økende grad spesialisering kan medføre økt risiko for fragmentering og mulighet for ansvarsfraskrivelse og manglende samkommunikasjon. Flere informanter bemerker at sykehusene organiserer eksempelvis psykisk helsetjeneste og rus i to forskjellige avdelinger, noe som kan svekke en samtidig og integrert behandling for ”de alvorlig syke”.

F: Det er en stor uenighet innad i helseforetaket på tross av at ROP pasienter skal ha samtidig behandling, så er det fortsatt to avdelingssøyler med russøyler og psykiatrisøyler organisatorisk. Og jeg mener ikke at, jeg ønsker ikke mer institusjonalisering, men jeg ønsker kanskje å legge mer til rette at noen få av mange innbyggere hadde hatt et sterkere døgntilbud.

Her etterlyses et sterkere døgntilbud og tentativt at den totale kompetansen i helseforetaket må integreres bedre. En annen informant fremhever en sak hvor flere ulike avdelinger er involvert, men hvor det er mangelfull samordning og samkommunikasjon internt i spesialisthelsetjenesten.

E: Vi har hatt kanskje spesielt en sak hvor det er full fart mellom habiliteringstjenesten, DPS, spesialpsykiatri, men ikke rus. Både i forhold til utredning og tilbud. Vi har vanskelig for å finne et tilbud i kommune. Vi ble nødt til å kjøpe et tilbud. Vi ser at Spesialisthelsetjenesten ikke snakker sammen. Også fikk vi ikke svar på det vi ba om. Vi fikk litt veiledning, men de trakk seg ut igjen. Å samordne på en slik sak fungerte veldig dårlig.

Intervjuer: *Hva var det spesielle med denne pasientsaken? Noe å sette fingeren på?*

E: Den var krevende for oss. Vi hadde vedkommende i en omsorgsbolig med bemanning, men vi manglet kompetanse. Det ble ikke riktig sted. Vedkommende burde være alene i bolig.

Intervjuer; *Atferdsproblemer?*

E: Ja. Vanskelig å vite hvilken diagnose som var sterkest? Blanding egentlig som gav oss mye utfordringer. Og sammensatt i forhold til familie og hva som var hva. Ganske

vanskelig for oss å se. Dem sa vedkommende ikke var behandlingsmotivert. Rehabiliteringstjenesten var inne med noe veiledning i forhold til personalet.

Saken indikerer at spesialisthelsetjenestens ”sørge for ansvar” ikke ble fullført i den forstand at kommunehelsetjenesten selv ble i stand til å yte et godt faglig tilbud til denne pasienten. Her har det trolig oppstått et brudd i samhandlingen som ikke har vært formålstjenlig for pasientens tjenester. Informanten opplever trolig en fragmentert spesialisthelsetjeneste hvor kommunen må kompensere for manglende behandlingseffekt av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og at faglig utilstrekkelighet overføres på kommunalt nivå i istedenfor mer omforente anstrengelser på å skape kompetent helsehjelp der pasienten bor. Dette illustrer også at kommunen blir sittende med ansvar for helsetjenesten uansett mens spesialisthelsetjenesten kan bort-definere sitt ansvar ved å utskrive pasient.

En informant påpeker også manglende samhandling mellom akuttpsykiatrisk avdeling og DPS.

F: Vi har eksempler av at behandler i DPS heller ikke er involvert av overlegen i akuttavdelingen når en pasient skal skrives ut. Bare ut. Taxi til boligen. Ingen meldinger til kommunen. Dette er unntakene, men de unntakene men de tar veldig mye ressurser. Det er mye styr og bølger inn i personalgruppen. Det legger en demper inn i de gode samhandlingserfaringene kan en si.

Informanten eksemplifiserer en mulig manglende samordnet forståelse og behandlingsstrategi utad mot kommunehelsetjenesten. Motstridende faglige vurderinger i helseforetaket kommuniseres ut til kommunehelsetjenesten, muligens også mangelfull informasjon ved utskriving. Dette medfører usikkerhet om mål og innretting av kommunale helsetjenester. Troverdighet og faglig legitimitet til spesialisthelsetjenesten svekkes, kanskje i større grad enn hva spesialisthelsetjenesten er klar over.

Utviklingen av differensierte spesialiserte tjenester som også impliserer en organisatorisk oppsplitting vertikalt kan som eksemplene viser øke risikoen for fragmentering og ”gråsonepasienter”, med dertil ansvarsfraskrivelse, ventetid og dårlig integrasjon av kompetanse. Som vi ser, vil ofte kommunehelsetjenesten ”fange opp” manglende samhandling i spesialisthelsetjenesten og kompensere for slike svakheter.

Informantenes ”idealtypiske spesialisthelsetjenesten” fremstår samlet og koordinert med en stemme forankret i enhet eller avdeling i forhold til kommunehelsetjenesten. Ved samtidige spesialisthelsetjenester er koordineringsansvaret definert. Dersom pasienten overføres internt i spesialisthelsetjenesten, blir informasjon om dette formidlet til fastlege og kommunehelsetjeneste.

5.3.4 Oppsummerende betraktninger

I et kommunalt lederperspektiv og for så vidt uavhengig av organisatorisk nivå er det utfordrende å forstå hvorfor samhandling fungerer eller ikke. En informant tilkjenner en slik refleksjon avslutningsvis i intervjuet.

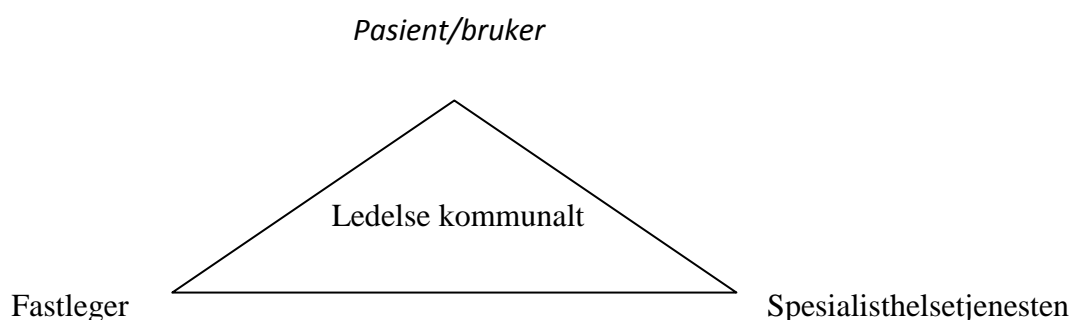
F: Utfordringen er å nyansere. Vi sitter på mange enkelterfaringer som er gode. Hvorfor er dette ikke sånn, hvorfor er det ikke uttrykk for det systematiske? Eller hvis vi har noen erfaringer som er dårlige, hvorfor er det ikke det bare på individnivå? Hvorfor kan vi ikke vi sette det ene eller andre stempelen på alt? Men så nyansert er det jo. Hva er struktur og hva er individuelle erfaringer?

Informanten tilkjenner her en metarefleksjon om de gode eller dårlige samhandlingserfaringene er individ- eller systembetinget, og fremhever utfordringen med å nyansere fremfor å generalisere slutninger som absolutte. Og for å nyansere erfaringene er det behov for samhandling og utdypende dialog. Her ligger det en risiko som en annen informant nevner, at samhandling ender i å sende brev til hverandre, altså en formalitetskultur hvor monologen fremfor dialogen blir førende. Dette kan fungere når det er åpenbart hva som er pasientens psykiske tilstand, behandlingsbehov og hjelpeinstans, men vil fungere dårlig når det er tvetydighet i faglig forståelse av tilstand og behov, og når pasienter får avslag eller mangelfull oppfølging. Standardiserte behandlinger og helsetjenester vil ikke fungere på de ”ustandardiserte pasientene”. Eksempelvis ”de unnnvikende” og i noen grad ”de alvorlig syke” fordi de ikke passer inn i de modeller tjenestene har for diagnostisering, behandlingsforløp, behandlingslinjer, og samhandling. Jo mer nyanserte samhandlingsaktørene må være i pasientforløp, dess viktigere blir det å ha et etablert samhandlingsrom hvor særskilte individuelle behov blir ivaretatt gjennom oppklarende dialoger.

Oppsummert fremfører informantene viktige synspunkter med "sine briller på" i forhold til hvordan spesialisthelsetjenesten fungerer i samhandlingssonen. De peker på pasientrelaterte beslutninger som kan være ensidige og dårlig begrunnet utad, og manglende samhandling og samkommunikasjon internt i spesialisthelsetjenesten. Det fremføres et ønske om tettere og mer ambulant samarbeid. Det fremføres også mange positive erfaringer med pasientsamarbeid og kompetanseoverførende aktivitet fra spesialisthelsetjenesten, noe som gir et mer nyansert bilde av en mulig fragmentert tjeneste på tvers av behandlingsnivå og innad i spesialisthelsetjenesten.

6. Diskusjonen

Jeg har i resultatavsnitt gitt en presentasjon av de viktigste funnene fra informantenes besvarelse og systematisert disse innenfor en begrunnet meningsfull ramme i forhold til oppgavens tema. Jeg nevnte innledningsvis ”samhandlingstriangelet” som kommunale ledere må forholde seg til og som kan illustreres på følgende måte;



Kommunale ledere skal forene disse aktørene for å skape gode behandlingsforløp og samordnet handling. De har en sentral rolle og er plassert i sentrum for denne figuren. Ledernes beskrivelse av de utfordrende pasientgruppene viser at alle aktørene er viktige for å løse oppgavene. I ”trekanten” er egen kommunal virksomhet eller enhet hvor leder har større styringskraft med direkte ledelse over egne medarbeidere og indirekte styring knyttet til andre viktige kommunale tjenester. De skal som fastlegeforskriften (2012) beskriver, tilrettelegge for samarbeid.

Resultatene representerer informantens stemme og deres budskap i forhold til samhandling innen det psykiske helsefeltet. I diskusjonen vil jeg drøfte noen av funnene og vurdere de opp mot samhandlingsreformens intensjoner og mål om helhetlige og gode pasientforløp. Jeg vil forsøke å nyansere og tydeliggjøre problemstillinger i skjæringspunktet idealer og realiteter slik resultatene peker på. Jeg ser nærmere på mulige løsningsrettede tilnærminger som synes fruktbare i lys av både resultatene, eksisterende styringsdokumenter og praksisutforming i helsetjenesten slik jeg vurderer dette med et forskningsmessig blikk.

Jeg vil med utgangspunkt i disse organisatoriske rammebetingelsene rette søkelyset på koordinering av pasientforløp som et viktig tema fordi dette er et ønsket mål for samhandlingsreformen, og hvem som skal koordinere innenfor det psykiske helsefeltet.

6.1. Koordinering, samhandlingsforståelse og organisatoriske tilpasninger

Samhandlingsreformen kan gi en misvisende oppmerksomhet mot at samhandling i seg selv gir bedre tjenester for pasienten. Samhandlingen forutsetter at pasientperspektivet er ivaretatt og fundamentert som grunnlag for samhandlingen og at det er pasientens individuelle behov som er styrende for faktisk samhandling. Det ligger her normative forventninger om at aktørene skal legge pasientperspektivet til grunn for sine samhandlingsbehov (Hagen & Johnsen, 2013). Aktørene utfordres til en *forløpstenkning som har til formål å bidra til at alle systemer og tjenester rettes inn mot hjelp slik at den enkelte selv kan mestre sine liv eller gjenopprette funksjoner/egenmestring i størst mulig grad* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 14).

Det foreligger flere koordineringsutfordringer innen det psykiske helsefeltet, ikke bare i samhandlingstrianglet som nevnt overfor, men også innad henholdsvis spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten selv om det siste er mer underordnet i denne studien. Med utgangspunkt i Jacobsen & Thorsviks (1979) beskrivelser av koordineringsmekanismer er det verd å belyse to temaområder som utgangspunkt for forbedret koordinering av tjenesten.

6.1.1 Koordinering gjennom gjensidig anerkjennelse og perspektivtagning

Standardisering av normer (Jacobsen & Thorsvik, 1979) belyser hvordan aktørene i samhandlingsfeltet skal opptre med blant annet informasjonsutveksling og holdningsskapende arbeid fra styrende myndigheter og aktuelt lederskap. Tradisjonelt har spesialisthelsetjenesten representert ekspert-rollen og en ”top-down” styring. Det samme kan i noen grad også være dekkende for fastlegenes rolle overfor kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen fremhever at kommunene og spesialisthelsetjenesten skal være likeverdige partnere i samspillsonen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), men forutsetter at kommunen må ha nok faglig tyngde og sette krav til sykehusene. Det påhviler både spesialisthelsetjenesten og fastlegene å understøtte og anerkjenne kommunal kompetanse og kompetanseutvikling som gir kommunen den robusthet og soliditet som er nødvendig for å få en likestilt samhandlende helsetjeneste.

Selv om spesialisthelsetjenesten skal utvikle en mer spesialisert rolle med dybdekompetanse i utredning og behandling av psykiske lidelser, skal ikke spesialisthelsetjenesten diktere løsningene selv om de er fagdominant. Den kommunale psykiske helsetjenesten bør etter mine oppfatninger anerkjennes for sin observasjonskompetanse tett knyttet til brukernes omgivelser, deres samhandlingskompetanse med pårørende og andre viktige kommunale tjenester og NAV, deres ambulante kompetanse som operative helsearbeidere på ulike arenaer, og ikke minst ageringskompetanse når de kan identifisere forverring og kriser hos sine pasienter, og dermed aktivere nødvendig bistand ut i fra pasientens behov. Denne komplementære kompetansen bør etter mine oppfatninger påaktes og anerkjennes i samhandlingssonen. Det påhviler derfor en utfordring for aktørene i helsetjenesten å anerkjenne samarbeidspartnerens oppgaver og rolle, og forstå deres rammer for tjenesteutøvelse. Dette impliserer å løfte seg ut av en egosentrisk posisjon til en desentrert posisjon dvs. å ta de ”andres briller på” som grunnlag for egen handlinger slik dette ble fremhevet av en informant. Og det er nettopp det samhandlingsreformen utfordrer aktørene til, en type kollektiv rasjonalitet med utgangspunkt i felles forståelse og kollektiv handling som Hagen & Johnsen (2013) referer til. Dette vil trolig medvirke til samhandlingsforståelse og innovative handlinger fremfor utstøting og devaluering av viktige samhandlingsaktører.

6.1.2 Koordinering gjennom organisatoriske tilpasninger

Den andre koordineringsmekanismen som er nødvendig når ulike former for standardiseringer ikke er tilstrekkelig, er gjennom gjensidige tilpasninger av såkalte laterale og horisontale ordninger for samarbeid (Galbraith, 1979 & 1994). Dette er tiltak som skal fremme kommunikasjon og koordinering innenfor samme enheter eller avdelinger i samme organisasjon. Galbraith (1994) fremheves blant annet formelle grupper og team, rotasjon/hospitering, integrator- posisjoner (overordnet koordinator funksjon uten beslutningsmyndighet), fysisk samlokalisering og informasjonsteknologiske nettverk. Imidlertid kan disse strukturelle tiltakene trolig overføres på samhandlingsfeltet tross at de tre viktige tjenesteaktørene har et forskjellig organisatorisk ”oppheng”. Mintzberg (1979) påpeker at når kompleksiteten i oppgaver og organisering øker, vil også flere koordineringsmekanismer måtte anvendes. Her tenker jeg at dette har klar relevans i forhold til koordinering av behov hos de utfordrende pasientgruppene. Nettopp på grunn av kompleksiteten i organisering av helsetjenesten med store grenseflater innen den psykiske helsetjenesten, og at pasientenes behov er sammensatte, forsterker behovet for en tydelig koordinering og tiltak som styrker denne viktige oppgaven. Dette vil jeg gå nærmere inn på i neste underkapittel.

De etablerte samhandlingsavtalene mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten kunne hatt en viktig avklarende funksjon i forhold til kommunikasjon og koordinering, men virker ikke tilstrekkelig funksjonell eller operativ i samhandlingsfeltet med unntak av en informant som fremhevet etablering av et strukturelt samarbeidsforum med en arbeidsgruppe, i lys av samhandlingsavtalen med helseforetaket. Enkelte informanter fremhevet elektronisk informasjonsutveksling som et nyttig utviklingsområde hvor det eksempelvis er i ferd med å realisere et felles elektronisk pasientjournal (EPJ) mellom helseforetak og fastleger, og hvor det også er utvikling av elektronisk samhandling mellom fastleger, kommunehelsetjenester og NAV uten at det er et felles pasientjournalssystem,

En informant nevnte positive erfaringer med hospitering på døgnavdeling i spesialisthelsetjenesten som en positiv erfaring. Fysisk samlokalisering vil ha det åpenbare fortrinn at tilgjengeligheten til samarbeidspartnere øker. Dette medfører også muligheter for mer uformell kommunikasjon som kan øke muligheten for tilpasninger og gode rutiner for samarbeid. Utprøvende prosjekter knyttet til funksjonelle team eller allokering av

eksempelvis spesialister i fremskutt posisjon i kommunehelsetjenesten fremheves av en informant som viktig i det videre utviklingsarbeidet mot bedre samhandling. En annen informant ønsket å invitere DPS til å noen dager i uken å ha felles kontorlokaliteter og felles utadrettet ambulant virksomhet. Et slikt ikke-organisatorisk, men samlokaliserende tiltak, er et mulig radikalt forslag, men kan være i samsvar helsemyndighetenes føring om å utvikle nye samarbeidsmodeller med en mer fremskutt spesialisthelsetjeneste og mer utadrettede tjenester.

Det å etablere strukturelle team som ACT med eierskap på tvers av forvaltningsnivå vil generere problemstillinger som fordrer avklaringer i forhold juridiske rammene i forhold til tjenesteytelse, avklaringer i forhold til tilganger på felles pasientjournalssystemer og fysisk lokalisering. Det fordrer også avklaringer knyttet til utdanning og spesialisering av leger og psykologer i forhold til helseforetakenes universitetstilknýtete oppgaver. Imidlertid synes bruk av inter-strukturelle team som ACT team, å bli positivt fremhevet som et godt organisert samarbeidsprosjekt med felles eierskap på tvers av forvaltningsnivå, men med ønske om en utvidelse av målgruppe. De ”unnvikende pasientene” kunne her vært inkludert slik jeg oppfatter denne pasientgruppens behov, og kompleksiteten i samhandlingsutfordringer.

6.2 Hvem skal koordinere?

Samhandlingsreformen og påfølgende lovendringer har ikke lagt opp til endringer i ansvars- og fullmaktsstrukturen for den som påtar seg koordinatorrollen i den faglige oppfølgingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Slike endringer kunne ha styrket koordinators styringsmuligheter overfor annet involvert helsepersonell i pasientforløp. Dette antar jeg har sammenheng med reformens innretning som en retningsreform og ikke en ”top-down” endringsprosess. Aktørenes profesjonelle autonomi opprettholdes uten direkte styringsmuligheter utover det som ligger i linjeledelse i kommunal organisasjon.

Ut i fra dette perspektivet anser jeg det som viktig å ha en ansvarlig koordinator som skal samordne dette i helhetlige tjenester. Jeg vil i det videre belyse et sprik i ambisjoner og realiteter når det gjelder hvem som skal påta seg denne koordineringsoppgaven.

6.2.1 Fastlegens medisinsk koordinerende rolle

I samhandlingsreformen ble det problematisert fastlegens vanskelige rolle som ekstern aktør utenfor kommunehelsetjenesten, og dens styringsmulighet i et tverrfaglig landskap fra ekstern posisjon (Helsedirektoratet, 2009). Schønfelder (2013) påpeker uklarheter med hvordan fastleger skal ivareta en koordinerende funksjon uten formell myndighet og organisatorisk tilknytning. Ledernes erfaringer bekrefter dette i stor grad de organisatoriske svakhetene ved at samhandlingserfaringene med fastlegene er varierte og sammensatte. Deres posisjon og autoritet i samhandlingsfeltet er mangefasitert fra isolert uten gjennomslagskraft overfor spesialisthelsetjenesten til de som er godt forankret både i det psykiske helsefeltet både kommunalt og i psykisk helsetjeneste. Dette indikerer at grad av samhandlingen er personbetinget heller enn pasientbetinget.

Det kan virke som samhandlingsreformen har en ”slagside” mot somatisk rettede helsetjenester og en profesjonsdominant rolle i favør fastlegene som koordinatore som ikke samsvarer med oppbygging av tverrfaglig kompetanse kommunalt innen det psykiske helsefeltet.

Samhandlingsreformen fremhever at kommunene må ha et proaktivt lederskap overfor fastlegene. Det synes å variere i hvilken grad de kommunale lederne er proaktive og bruker sin legitime makt til å påvirke fastlegegruppen og egen faggruppe i ønsket forbedring, om de kompenserer for de marginaliserte og isolerte fastlegene uten å få til systemendringer, eller om de inntar observerende og reflekterende rolle uten selvopplevde handlingsmuligheter til systemendringer eller kompensere for denne systemsvakheten som organisering av fastlegetjenesten representerer. I forskriften for fastleger kan det inngås avtale om å bruke inntil 20 % av deres tid til allmennlegeoppgaver i kommunen. Resultatene viser at ingen av informantene har benyttet mulighet til å ”kjøpe fri” fastleger til tverrfaglig samarbeid og samhandling innen det psykisk helsefeltet. Det er sannsynlig at i den grad kommunene pålegger fastleger slike tjenester, er det primært innenfor helsestasjon og sykehjem. Således har dette ikke endret seg siden det allerede i 2005 ble fremhevet i offentlig utredning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005) at det var behov for større frikjøp av leger til offentlig legearbeid. Tentativt har ikke samhandlingsreformen og den nye fastlegeforskriften endret på bruken fastleger i forhold til å kjøpe allmennlegetjenester.

Ut i fra analysekapitelet synes det åpenbart vanskelig for kommunale ledere å etablere systemtiltak som gir eksempelvis like god fastlegeinvolvering til pasienter med tilsvarende behov. Det synes også innlysende at det likhetsprinsippet som er fundamentert i lovgivning og viktige styringsdokumenter, og gjelder tilgang på like helsetjenester for pasienten med samme behov, ikke er fundamentert og kvalitetssikret slik fastlegetjenesten nå er organisert.

6.2.2 Psykisk helsearbeider i fremskutt posisjon

Samhandlingsreformen og ny fastlegeforskrift underbygger en distinkt profesjonell og medikratisk autonomi til legene (Berg, 1991), mens praksisfeltet slik dette beskrives av kommunale ledere tillegger kommunehelsetjenesten og psykiske helsearbeidere spesielt et betydelig ansvar i forhold til utfordrende pasientgrupper. Det synes derfor å utvikle seg en praksis der psykiske helsearbeider etter hvert utvikler en selvstendig og autonom rolle som en profesjon og ikke lenger en semi- eller paraprofesjon, en utvikling Erichsen (2003) allerede har beskrevet. Denne utviklingen kan forstås som komplimentær og kompensatorisk i forhold til den varierende involvering og integrasjon fastlegene representerer tverrfaglig i pasientforløp.

Ifølge Schønfelder (2008) har "Bakkebyråkratene" har en sentral posisjon for å realisere et helhetlig tjenestetilbud som tar utgangspunkt i pasientenes sammensatte behov. De har mest kontakt med pasient og pårørende, sørger for kontinuitet, leder ansvarsgrupper, sørger for individuell plan (IP) og koordinerer tiltak. Det synes derfor å være et reelt sprik i det psykiske helsefeltet mellom ambisjoner og realiteter i forhold til fastlegens rolle og posisjon som medisinsk faglig koordinator og den utøvende psykiske helsearbeider sin posisjon nært knyttet til pasient. Samhandlingsreformens fokusering på en koordinator som kjenner pasienten godt, er etter min oppfatning innlysende og reformen representerer ikke noe nytt med hensyn til virkemidler og styringsautoritet. Det synes åpenbart for meg at koordinatorfunksjonen tillegges kommunal psykisk helsearbeider heller enn fastlegen, og at dette trolig blir regelen mer enn unntaket. Jeg vil anta at denne rolefordelingen også har en viss legitimitet i det medisinske miljøet.

6.3. Spesialisthelsetjenesten – faglig legitimitet under press?

Vi har et funksjonelt differensiert helsesystem som er tett forbundet med et medisinsk diagnostisk system og medisinske spesialiteter. Hagen & Johnsen (2013) poengterer at et slikt system fungerer godt når pasientens diagnose er klar, men har betydelige svakheter når pasienten har mange diagnoser eller uklare tilstander. Dette kan være den ”ustandardiserte pasienten” som ikke passer inn i behandlingslinjen. Dette kan bety involvering av flere spesialister, flere inn- og utskrivinger og fare for over, under og feilbehandling som er stressende for pasienten og medføre ineffektivitet og store kostnader. Hagen & Johnsen (2013) påpeker at *”når samhandlingen svikter i et funksjonsdifferensiert system, går det utover helheten”* (s. 38). Dette kan slik jeg vurderer det være den hurtige utskrivingen fra en akuttavdeling som gir støy i personalgruppen som i et samhandlingsperspektiv virker demoraliserende på ansatte med risiko for ”smittende” ansvarsfraskrivelse. Eller tilfellet hvor kortfattet melding til kommunen (”PLO-melding”) medfører telefonering fordi kommunehelsetjenesten ikke er oppdatert på pasientens tilstand og behov, og hva som faktisk er forventet av kommunehelsetjenesten.

Resultatene i analysekapitlet indikerer at det er mange tilfeller av manglende samordning internt i spesialisthelsetjenesten og i overføringer mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. De poengterer tilfeller med ensidige og manglende tverrfaglige forankrede beslutningsprosesser, og faglige vurderinger som ikke gir legitimitet i et kommunalt perspektiv eller som ikke blir tilstrekkelig godt kommunisert ut til kommunehelsetjenesten informativt.

Dette gjelder både døgn og poliklinikk behandling. Overleger ved døgnavdelinger fremheves spesielt. Det stilles spørsmål ved spesialisthelsetjenestens rettighetsvurderinger av innsøkte pasienter. Det synes å foreligge en viss diskrepans mellom idealer og realiteter i forhold til samhandlingsreformen, og mellom det jeg typologiserer som en idealtypisk spesialisthelsetjeneste og informantenes refleksive erfaringer omkring bruk av spesialisthelsetjenesten. Disse erfaringene kan indikere at den faglige legitimiteten i spesialisthelsetjenesten er under press og at den profesjonsbaserte autonomien som spesielt legene, men også psykologer er tuftet på, utfordres av samhandlingsreformens intensjoner

basert på helhet og integrasjon i faglige tiltak og tenkning. Som nevnt i innledningen vil en integrasjon i eksempelvis tverrfaglige team bety at profesjonsaktørene overgir noe av den individuelle autonomien og endrer oppfatningen som uavhengig og selvstyrende.

Det er på noen områder grunnlag for nyansere virkelighetsbeskrivelsen og på noen områder tydeliggjøre krysspress som i noen grad har vært aktualisert i fagtidsskrifter eller media. Blant annet har reduksjonen i døgnbaserte tjenester og liggetid er i stor grad vært en myndighetsstyrt utvikling i tråd med samhandlingsreformens intensjoner hvor mine inntrykk er at denne omleggingen har større legitimitet i spesialisthelsetjenesten enn kommunehelsetjenesten og i brukerorganisasjonene. Kommunehelsetjenesten vektlegger nok i større grad tempoet i denne endringsprosessen enn behovet for langtidsbehandlingsplasser i institusjon, med unntak av rusbehandling.

Det synes å foreligge et krysspress i forhold til bruk av akuttpsykiatriske avdelinger hvor slike avdelinger definerer sitt mandat avgrenset til behandling av akuttkrise for alvorlig psykisk tilstand (Psykisk helsevern forskriften, 2012). Deres oppgave er i mindre grad funksjoner knyttet til stabiliserende behandling og utredningsbaserte tiltak i etterkant av akutt krise slik kommunehelsetjenesten trolig vil forvente for de utfordrende pasientgruppene. Et differensiert helseforetak vil trolig tenke en mulig overføring til DPS døgn, men dersom et to ukers opphold som nevnt av en informant antas å være hensiktsmessig vil heller et fullført døgnopphold på akuttpsykiatrisk være mer hensiktsmessig enn overføring for et kortvarig opphold i DPS døgn. En dialogbasert beslutning knyttet opp mot kommunehelsetjenesten fremfor en ensidig medisinsk faglig beslutning kunne vært formålstjenlig ut i fra en helhetlig tenkning om gode pasientforløp.

Resultatene i analysekapitlet fremfører også en viss kritikk rettet mot en avdelings- og søyleorganiserte divisjon psykisk helsevern hvor blant annet habiliteringstjenesten, akuttpsykiatrisk avdeling, DPS, Avdeling for rus og avhengighet og spesialpsykiatri er nevnt. En informant nevner spesifikt tilfelle hvor *de ser spesialisthelsetjenesten ikke snakker sammen* og en annen nevner også manglende samhandling og kommunikasjon på tvers av avdelingsstrukturen. Det antydes også at DPS ikke i tilstrekkelig grad har den sentrale posisjonen som et tydelig forankringspunkt i en helhetlig spesialisthelsetjeneste, og blir forbigått i utskrivingsprosesser som vedrører andre avdelinger i psykisk helsevern. Dersom en pasient mottar poliklinisk behandling i DPS, men i psykisk krise mottar akuttpsykiatrisk behandling, anses jeg det som legitim kritikk dersom ikke de to avdelingene er omforent i sin utskrivingsbeslutning og at

beslutningsgrunnlaget er tydelig formidlet til pasient og kommunehelsetjeneste. Det er som tidligere nevnt et viktig poeng at en spesialisert søylebasert organisasjonsstruktur kan innebære en risiko for manglende integrasjon av helhetlige tjenester.

Den faglige beslutningsmyndigheten i Psykisk helsevern er nå ikke lenger monopolisert til medisinsk profesjon, men også den psykologfaglige profesjonen. Psykologspesialister fikk faglig vedtaksmyndighet etter gitte kriterier allerede i 1999 (Psykisk helsevernlov, 1999). Det kan dermed ikke utelukke at den kritikk som tilfaller overlegen også gjelder psykologspesialister.

Beslutningsprosesser i spesialisthelsetjenesten er ofte også tuftet på tverrfaglige vurderinger hvor en blant annet i døgningstusjoner ofte har tverrfaglige ”miniteam” og miljøterapeutiske observasjoner og innspill som grunnlag for utskrivingsprosessen. Også i poliklinikker er det ikke uvanlig med innspill fra tverrfaglige team i utskrivingsprosesser. Det kan derfor tentativt antas at de selvregulerende prosesser som tidligere var forbundet med medikratiet og legenes profesjonsbaserte autonomi, nå i større grad er kollektive regulerende prosesser som inkluderer drøftinger og korrektiver i tverrfaglige grupper og team. Dette rokker ikke ved det faktum at det er en overlege eller psykologspesialist som ansvarliggjøres for den endelige beslutningen, et viktig faktum som skal forhindre pulverisering av ansvar, ubeslutsomhet og tiltaksvegring.

Når det gjelder rettighetsvurderinger ved innsøkning i spesialisthelsetjenesten kan det foreligge en fragmentering av informasjonsflyt som kommunal psykisk helsetjeneste merker konsekvensen av. Fastlegens ”portvokterfunksjon” kan ha en ”slagside” ved at den informasjonsflyten som eksisterer mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste, ikke tilflyter kommunehelsetjenesten og dermed svekker kommunens informasjonsgrunnlag for vedtak av tjenester. Fastlegen kan komme i en mellom-posisjon hvor eksempelvis avslag på henvisning til spesialisthelsetjenesten ikke er faglig forankret hos fastlegen. Dermed vil potensielt spesialisthelsetjenesten miste faglig legitimitet som kan bero på manglende informasjonsformidling mellom spesialisthelsetjeneste og fastlege, og mellom fastlege og kommunehelsetjeneste. Jeg tenker at det her ligger utfordringer til aktørenes evne til perspektivtagning og understøtte beslutninger når saker viderehenvises eller tydeliggjøre sin uenighet ved å anmode om endring av beslutning eventuelt klage på beslutning. Det er uansett aktør i samhandlingstriangelet uheldig at en part blir marginalisert og mister legitimitet. Det

vil trolig redusere informasjonsflyten og øke risikoen for ansvarspulverisering og dermed dårlig koordinering i pasientforløp.

7. Konklusjon

Det synes ikke å være grunnlag for å si at samhandlingspraksisen innen psykisk helsetjeneste er dårlig eller brister i alle ledd, men det er åpenbare svakheter i organisering og i styrings-, ansvars- og fullmakter i forhold til koordinering av tjenester til den enkelte pasient.

Fastlegens medisinske koordineringsansvar er i beste fall responderende og avhengig i stor grad av andres proaktive involvering og initiativ, spesielt psykiske helsearbeidere i kommunehelsetjenesten. Koordinering av tjenester for de utfordrende pasientgruppene foregår i praksis som oftest av sistnevnte. Verken samhandlingsreformen eller lovgrunnlaget med tilhørende forskrifter gir psykiske helsearbeidere de styringsfullmakter i rollen som koordinator. I forhold til de utfordrende pasientgruppene kan det være store grenseflater mellom fastlegens medisinske koordineringsrolle og koordinator av eksempelvis individuell plan.

Det er åpenbar stor praksisvariasjon i samspillet mellom kommunehelsetjeneste og fastleger. Kommunenes ”proaktive lederskap” overfor fastleger og til dels spesialisttjenesten varierer med begrenset systemsamarbeid og rutiner for pasientsamarbeid. Kommunehelsetjenesten utvikler kompenserende strategier og handlinger for manglende fastlegeinvolvering i tverrfaglig samarbeid og eksempelvis understøtter fastlegen når denne ikke får gjennomslag ved henvisning av pasient til psykisk helsevern. Fastlegen er tillagt en stor og ambisiøs rolle i pasientsamarbeidet med vekslende suksess i praksis.

Det synes fortsatt å være en bekymringsfull praksisvariasjon i forhold til å realisere lik tilgang på helsetjenester gitt samme behov. Dette fordrer samhandlingsaktivitet som eksempelvis å få tilgang på Individuell plan og få fastlegens tjenester integrert i kommunehelsetjenesten.

Det ytes trolig mye god samhandling og gode tjenester til ”de alvorlig syke”. De prioriteres i stor grad. Ovenfor de ”unnvikende pasienten” er det trolig store utfordringer med balansert involvering, tenke faglig korrekt rundt ”pasientens beste” og tåle avvisning. Det er en utfordring å være kollektivt samstemt i involvering i pasientforløp og unngå ensidige beslutninger eller avslutninger begrunnet i at pasienten ikke vil, ikke er motivert eller ikke er tilgjengelig. Eller at fagpersonell lett lar seg lede av selvdestruktiv avvisning begrunnet i respekt for pasientens selvbestemmelsesrett.

Det er trolig fortsatt store utfordringer i å forebygge alvorlige psykiske lidelser i forhold til ”de unge” og ”de lette” pasientgruppene som resultatene viser. Det er store prioriteringsdilemma i kommunal helsetjeneste, og kompetansebehovet er økende både klinisk, og i strategi og metode for forebyggende arbeid. Prioriteringen av ”de lette” synes å være anerkjent i kommunal helsesektor, men det er en lang vei å gå i å lykkes her. Ventetid og rammer for behandling utfordres. Tjenestefeltet merker at nedbygging av døgnplasser i psykisk helsevern fordrer etablering av flere forsterkede botilbud, ambulante tjenester og økte samhandlingsbehov med både fastleger og spesialisthelsetjeneste.

Det er fortsatt en vei å gå for spesialisthelsetjenesten i å nå en idealtypisk fungering sett fra et kommunalt lederperspektiv. Det ønskes mer transparente og godt faglig begrunnede beslutninger i pasientsaker og bedre dialoger før utskrivinger. Spesialisthelsetjenesten må ha ”en stemme” og være koordinert. Den skal hjelpe kommunehelsetjeneste i å definere behov, men ikke diktere type tjeneste pasienten skal ha. Den skal oppdatere fastlegen og kommunehelsetjenesten jevnlig i pasientforløpet. Spesialisthelsetjenesten skal sikre veiledning og kompetansehevende tiltak i pasientoppfølgingen. Den skal arbeide mer ambulant, og integrert med kommunehelsetjenesten spesielt overfor ”de alvorlig syke” og ”de unnvikende” pasientgruppene. Muligens vil dette styrke mulighetene for tidlig intervensjon hos gruppen ”de unge”. Spesialisthelsetjenesten må ha tilstrekkelig utredningsplasser i døgn, kunne yte planmessige stabiliserende døgnopphold i DPS og øke tilgangen på behandlingsplasser for ”ruspasienter”.

Innenfor spesialisthelsetjenesten er myndighetenes strategi å allokere ressurser nedover fra spesialiserte sykehusfunksjoner mot DPS og fra døgnbaserte tjenester til polikliniske tjenester. For å lykkes ressursmessig må en lykkes i å dempe henvisningsmengden og forebygge nye tilfeller av alvorlige behandlingstrengende pasienter. For kommunehelsetjenesten er det ikke bare avgjørende med den nødvendige politiske prioritet som styrker den kommunale psykiske helsetjenesten, men også å forhindre at de økonomiske rammebetingelsene med økende låneopptak kan svekke det kommunale handlingsrommet på sikt og medføre nedbemanning, noe som det allerede er eksempler på i kommune-Norge. Jeg antar som en konsekvens at den forventede justering og til dels omlegging av tjenestene på begge nivåer vil ta lang tid (5-10 år?) med mindre det kommer tydeligere prioriteringer og/eller økonomiske incentiver som bidrar til reelle tempoendringer i gjennomføringsprosessen. Samhandlingsreformen har en retning og strategi, og er støttet og

forankret i den kommunale avdelingsledelsen, men gjennomføringen synes å være tidkrevende og langsiktig. Og som en informant sa det avslutningsvis i forskningsintervjuet; *Samhandlingsreformen peker på enkelte selvfølgeligheter, så forsterker den noen selvfølgeligheter, så peker den litt på veien videre og kanskje det aller viktigste er å si at den ikke bare er en sånn politisk oppurtunisme i den, men en nødvendighet. Det er et imperativ i den. Vi må klare dette bedre enn vi gjør i dag. Eller så bærer ikke tjenesten.*

Fastlegenes egne synspunkter er utenfor denne oppgavens rammer, men det vil være en interessant forskningsmessig fortsettelse å få deres vurderinger av strategier knyttet til kliniske beslutninger og samhandlingsstrategier knyttet til pasientoppfølging innen det psykiske helsefeltet. En annen interessant fortsettelse ville være å teste ut kvantitativ validiteten i operasjonalisering av de fire fastlegeposisjonene, og hvilke systemtiltak som kan optimalisere en bevegelse mot den ideelle posisjon.

8. Litteraturliste

Berg, O. (1991). Medikrati, hierarki og marked. Moen historiske betraktninger om regulering av medisinsk yrkesutøvelse. I Album, D. og Midre, G. (red). Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi. Oslo: Ad Notam.

Culpepper, L. (2011). Understanding the burden of depression. *Journal of clinical Psychiatry* 2011; 72: e 19.

Den Norske legeforening (2004). Statusrapport. Psykiske lidelser – Faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling. Den Norske legeforening.

Ebbesen, J. (2013). ”Med blikket vendt mot kommunene...”. Just Ebbesen. Administrerende direktør, Sykehuset i Østfold. Foredrag ved Norsk forum for helseledelse. 11. Januar 2013. Oslo, Holmenkollen Park hotell.

Eide, H. (2013). Status og utfordringsbildet sett fra kommunesektoren etter et år med samhandlingsreformen. Helge Eide. Direktør for interessepolitikk KS. Foredrag ved Norsk forum for helseledelse. 11. Januar 2013. Oslo, Holmenkollen Park hotell.

Erichsen, V. (red) (2003). Profesjonsmakt. På sporet av en helsepolitisk tradisjon. Oslo. Pensumtjenesten.

Folkehelseinstituttet (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport 2009:8. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Oslo.

Folkehelseloven, LOV-2013-06-24-19.(2013). Hentet fra. <http://www.lovdata.no>

Forskningsrådet (2009). Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Norsk forskningsråd. Oslo.

Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR-2012-08-29-842.(2012). Hentet fra. <http://www.lovdata.no>

Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. FOR-2012-10-26-998.(2012). Hentet fra. <http://www.lovdata.no>

Galbraith, J.R. (1979). Organization Design. Reading, MA: Addison Wesley. I Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2007). Hvordan organisasjoner fungerer. 3. Utgave. Fagbokforlaget. Bergen.

Galbraith, J.R. (1994). Competing with flexible Lateral organization. Reading, MA: Addison Wesley. I Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2007). Hvordan organisasjoner fungerer. 3. Utgave. Fagbokforlaget. Bergen.

Haga, D. (2013). Forholdet mellom DPS / Sykehus / Kommune. Strategisk planlegging og organisering. Hva med spesialisthelsetjenesten etter samhandlingsreformen? Daniel Haga. Direktør for samhandling. Helse Midt-Norge RHF. Foredrag 15. Januar 2013. Fpsykisk helse 2013 i regi av Faglig Forum. Trondheim 14-16 januar 2013.

Hagen, R. og Johnsen, E. (2013). Styring gjennom samhandling: Samhandlingsreformen som kasus. I: Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten. Tjora, A. & Melby, L. (red). Gyldendal akademiske. Oslo: 2013.

Helsedirektoratet (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. IS-1561. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2009). Pasienter i det psykiske helsevernet. Rapport IS-1908. Oslo; Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2010). Individuell plan. Veileder til forskrift om individuell plan. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2013). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk. Rapport IS-2171. Oslo:Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2013). Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelse. Nasjonal faglig retningslinje. IS-1957. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2005). Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. NOU 2005:3. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. (St.meld.nr. 47 2008-2009). Oslo: Departementenes servicesenter.

Helse- og omsorgsdepartementet (2010-2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). (St.meld.nr. 16 201-2011). Oslo: Departementenes servicesenter.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Lov om pasient og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <http://www.lovdatab.no>

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. (Rundskriv I-3/2013). Oslo: Departementenes servicesenter.

Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2013-06-21-82. (2013). Hentet fra. <http://www.lovdatab.no>

Holte, A (2011, 18.okt). Depresjon kan forebygges. Kronikk i Aftenposten.

Hyman, S (2010). The diagnosis of mental disorders. The problem of Reification. Annual review of Clinical Psychology. Vol. 6: 155-179.

Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2007). Hvordan organisasjoner fungerer. 3. Utgave. Fagbokforlaget. Bergen.

Kuper, A., Lingard, L og Levinson, W. (2008). Critically appraising qualitative research. British medical journal. Vol. 337, s. 687-692.

Kvale, S. & Brinkmann (2009). Det kvalitative forskningsintervjuet. 2. Utgave. Gyldendal akademisk. Oslo.

Lilleeng, S., Ose, S.O., Bremnes, R., Pedresen, P.B. og Hatling, T. (2009). Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 20. November 2007. SINTEF rapport 2007 A9712. I Rapport A25247. Unødvendige innleggelser, utskrivingsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene. Ose, S.O. & Slettebak, R. (2013). SINTEF.

Malterud, K. (2011). Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En Innføring. 3. Utgave. Universitetsforlaget. Oslo.

Mathers, C.D. & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006: 3: e442.

Mintzberg, H. (1979). The Structuring of Organizations. Englewood, Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Mouland, G. & Kyvik J. (2007). En time hos psykiater kan være nok. Tidsskrift for Den Norske legeforening 2007; 127:2810-2812

Myrvold, T.M. (2006). Kommunalt psykisk helsearbeid. Utviklingstrekk 2002-2005. Rapport 2006:11. Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning.

Mykletun, A., Overland, S., Dahl, A.A., Krokstad, S., Bjerkeset, O., Glozier, N. and Aaro, L.E. (2006). A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. American journal of Psychiatry, 2006. 163 (8): p.1412-1418. I: Folkehelseinstituttet (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport 2009:8. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Oslo.

Mykletun, A., Bjerkeset, O., Dewey, M., Prince, M., Overland, S. and Stewart, R. (2007). Anxiety, depression and cause-specific mortality. The HUNT study. Psychosomatic medicine, 2007. 69 (4): p. 323-331. I: Folkehelseinstituttet (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport 2009:8. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Oslo.

Mykletun, A., Heradstveit, O., Eriksen, K., Glozier, N., Overland, S. Mealand, J.G. and Wilhelmsen, I. (2009). I: Health Anxiety and Disability Pension Award: The HUSK study. Psychosomatic medicine, 2009. 71 (3): p. 353-360. I: Folkehelseinstituttet (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport 2009:8. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Oslo.

Ose, S.O., Kaspersen, S.L., Lilleeng, S.E. og Kalseth, J. (2010). Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2008. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF rapport A14167. I Rapport A25247. Unødvendige innleggelser, utskrivingsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene. Ose, S.O. &

Ose, S.O. & Slettebak, R. (2013). Unødvendige innleggelser, utskrivingsklare psienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene. (Forskningsrapport SINTEF A25247). Oslo: Helsedirektoretet.

Overland, S., Glozier, N., Krokstad, S. and Mykletun, A. (2007). Undertreatment before the award of a disability pension for mental illness: The HUNT study. Psychiatric services, 2007. 58 (11): p. 1479-1482. Folkehelseinstituttet (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport 2009:8. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Oslo.

Psykisk helsevernlov, LOV-1999-07-02-62. (1999). Hentet fra. <http://www.lovdata.no>

Riksrevisjonen (2008-2009). Riksrevisjonens undersøkning av spesialisthelsetenesta sitt tilbud til voksne med psykiske problem. Dokument nr. 3:5 (2008-2009). Oslo.

Schønfelder, W. (2008). Mellom linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Om samarbeid mellom organisasjoner og profesjoner (Doktoravhandling). Universitetet i Tromsø.

Schønfelder, W. (2013). Legenes posisjon i et tverrfaglig landskap: Samhandlingsreformen i et profesjonsteoretisk perspektiv. I: Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten. Tjora, A. & Melby, L. (red). Gyldendal akademiske. Oslo: 2013.

Sosial- og helsedepartementet (1997). Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. (St.prp. nr. 63. 1997-1998). Oslo. Sosial- og helsedepartementet.

Sosial- og helsedepartementet (1996). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. (St.meld. 25. 1996-1997). Oslo: Sosial og helsedepartementet.

Statens helsetilsyn (2010). Distriktpsikiatriske tjenester – likeverdig tilbud? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 og 2009 med spesialisthelsetjenesten ved distriktpsikiatriske senter. Rapport fra Helsetilsynet 3/2010. Oslo.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Psykisk helsevern for voksne. IS – 1388. Oslo.

Vos, T.H., Haby, M.M., Barendregt, J.J., Kruisshaar, M., Corry, J. & Andrews, G. (2004). The burden of major depression avoidable by longer-term treatment strategies. Archives of General Psychiatry, 2004; 61: 1097-1103.

Åm, T.(2013). Samhandlingsreformen 2013; hva nå? Tore Åm. Helse- og omsorgsdepartementet. Foredrag ved Norsk forum for helseledelse. 12. Januar 2013. Oslo, Holmenkollen Park hotell.

9. Vedlegg

9.1. Informasjonsskriv til informantene

Jeg arbeider med en masteroppgave tilknyttet det erfaringsbaserte masterprogrammet Helseadministrasjon ved Institutt for helse og samfunn, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Detter er en forespørsel om du vil delta som informant gjennom et forskningsbasert intervju.

Tema for masteroppgaven:

Veien videre? 1) Hvilke utfordringer har den kommunale psykiske helsetjenesten i lys av samhandlingsreformen? 2) Hva tenker kommunale avdelingsledere om oppgave og rolle differensiering og samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten med vekt på Distriktpsikiatriske sentre (DPS). Reformarbeidet viser til en ønsket venstreforskyvning av grensesnittet mellom forebygging og behandling, og mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten. Det er økte forventningene til kommunehelsetjenesten og til dels legetjenesten om mer bredde og kvalitet av tjenester, integrering av tjenester, og mindre og riktig bruk av spesialisthelsetjenester. Vil kommunene klare å innfri forventningene? Vil kommunene få den drøhjelp fra DPS'ene som skissert i reformen?

Jeg kommer til å intervju 4-5 kommunale avdelingsledere for psykisk helse og rus. Informantene vil representere en bredde i forhold til befolkningsstørrelse i kommune/bydel, primært fra Oslo og Akershus.

Spørsmålene vil omhandle dine refleksjoner rundt samhandlingsreformen og utviklingstrekk i din kommune når det gjelder fagområde psykisk helse og rus, forebygging og behandling, oppgave og rollefordeling i forhold til spesialisthelsetjenesten.

Frivillig deltagelse:

Det vil være frivillig å delta i undersøkelsen. Du kan når som helst trekke ditt samtykke til å delta i studien. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater i samtalen. Intervjuet vil vare ca. 1 time. Vedlagt vil det foreligge en samtykkeerklæring som kan overbringes når intervjuet gjennomføres.

Informasjonshåndtering:

Opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltperson vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Alle som deltar i studien blir anonymisert og opptakene destrueres når oppgaven er ferdig, innen 01.12. 2014.

Personvernombudet for forskning:

Studien er meldt inn til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste A/S (NSD). Bekreftelse er gitt 6.5.13 om at behandling av informasjon tilfredsstiller personvernkrav.

Kontakt:

Du kan kontakte meg på mob. 92 02 19 72 eller sende en email til haaseth@sevri.no (privat) eller (jobb-email).

Evt. Kan også veileder Sverre Vigeland Lerum ved instituttet, UIO kontaktes på mob. 48 26 41 66.

17.09.13

Mvh

Øyvind Haaseth

9.2. Intervjuguide (med egne stikkord i kursiv)

1. Kan du gi en kortfattet beskrivelse av hvordan din avdeling er organisert? (*Etatsmodell? Virksomhetsområder? Psykiske helse og rus, integrert eller adskilt?*)
2. Det hevdes at samhandlingsreformen er som skapt for det psykiske helsefeltet. Vil samhandlingsreformen gi endringer i din kommune med hensyn til tilbud og tjenestekvalitet? Hvordan vil pasientene merke forandringer? (Bedre kvalitet og samhandling? Har kommunal medfinansiering gitt bedre kvalitet i somatisk sektor? Er samhandlingssoner etablert? Har kommunens størrelse betydning for gjennomføring av reformen?)
3. Er det typer av pasientgrupper som er særlige vanskelige eller utfordrende mht. organisering og innhold i tjenesten? (*ROP- pasienter? Psykosepasienter? Emosjonelt ustabile PF? Andre?*)
4. Hva tenker du om fastlegenes rolle og oppgaver i oppfølgingen av pasienter med psykiske lidelser i lys av samhandling-reformen og den nye fastlege forskriften? (En samarbeidsaktør? Helsekoordinator? Premissleverandør? Portvokterfunksjonen ift. spesialisthelsetjenesten?)
5. Hvilken rolle tenker du at NAV har i samhandlingsreformen? (En aktør/premissleverandør eller passiv medvirker? Aktiv behandling i kommunen som grunnlag for eksempelvis AAP?)
6. Hvilke forventninger har du til Distriktpsikiatriske sentre (DPS) sin rolle og oppgaver ift. samhandlingsreformen? (Veiledningsplikten? Generell kompetanseheving i kommunene? Tjenesteavtale/særavtale med kommunen om innleggelse og utskriving? Samarbeid i utfordrende pasientsaker?)
7. I forbindelse med samhandlingsreformen er det planlagt kommunal medfinansiering for PHV og TSB. Hvilken betydning tror du en slik medfinansiering har for tjenestetilbudet til pasienten/brukerne? (Døgn; 0-30 døgn, KMF 20 % median, pr. opphold eller opphold/ant døgn. Kostnad pr. konsultasjon/DPS døgn opphold? Over terskel refusjon? Er forvern, ettervern, utredning, behandling, forløp, overganger og utskrivingsklare godt definerte?)

8. Samhandlingsreformen innebærer en satsning på forebygging og mer behandling og tjenester på kommunalt nivå. Det er uttrykt i forbindelse med ”Samhandlingsreformen” at kommunene skal bli ”bredere” og spesialisthelsetjenesten skal bli ”spissere”. Tenker du at dette er en riktig satsning? Evt. hva må til for å lykkes i en slik omstilling? (Top-down innovasjon. Bottum-up eieforhold? Kritiske faktorer for suksess? Annet en økonomi? Forebygging? Hva med de med lette – moderat psykiske lidelser?)

9.3. Brev fra Norsk samfunnsfaglig datatjeneste



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Sverre Vigeland Lerum
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1089 Blindern
0317 OSLO

Vår dato: 06.05.2013

Vår ref:34272 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.04.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34272	<i>Veien videre? Hvilke utfordringer har den kommunale psykisk helsetjeneste i lys av samhandlingsreformen?</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Sverre Vigeland Lerum
Student	Øyvind Haaseth

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Linn-Merethe Rød

Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Øyvind Haaseth, Ekornveien 14, 2014 BLYSTADLIA



Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes muntlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 01.12.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.